



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Ciencias Sociales

Unidad de Posgrado

**La institucionalización de las políticas públicas sobre
discapacidad: el caso de las OMAPEDS en Lima
Metropolitana**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Sociología con
mención en Estudios Políticos

AUTOR

Vicente Enrique PANTA TIRADO

ASESOR

Simón ESCAMILO CÁRDENAS

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Panta, V. (2017). *La institucionalización de las políticas públicas sobre discapacidad: el caso de las OMAPEDS en Lima Metropolitana*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Ciencias Sociales, Unidad de Posgrado]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS,
Universidad del Perú, DÉCANA DE AMÉRICA/
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
UNIDAD DE POSGRADO

**ACTA PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE
MAGÍSTER EN SOCIOLOGÍA,
MENCIÓN EN ESTUDIOS POLÍTICOS /**

En Lima, a los veintidós días del mes de junio del año dos mil diecisiete, reunidos en la Sala de Grados de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, a horas 3:00 p.m., bajo la Presidencia del Dra. MARÍA ISABEL SULEMA LOAYZA ALATRISTA y con la concurrencia de los demás Miembros de Jurado Examinador, se inició la ceremonia invitando al graduando **VICENTE ENRIQUE PANTA TIRADO** para que hiciera la exposición de la Tesis para optar el Grado Académico de Magíster en Sociología; mención en Estudios Políticos. Siendo el trabajo titulado:

“LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DISCAPACIDAD: EL CASO DE LAS OMAPED EN LIMA METROPOLITANA”

A continuación fue sometida a las objeciones por parte del jurado. Terminada esta prueba y verificada la votación; se consignó la calificación correspondiente a:

Por tanto el Jurado, de acuerdo al Reglamento de Grado y Títulos, acordó recomendar a la Facultad de Ciencias Sociales para que proponga que la Universidad Nacional Mayor de San Marcos otorgue el Grado Académico de Magíster en Sociología, mención en Estudios Políticos al Bachiller VICENTE ENRIQUE PANTA TIRADO. Siendo las 4:00 p.m. y para constancia dispuso se extendiera la presente Acta y firmaron:

Dra. María Isabel Sulema Loayza Alatrista.
PRESIDENTE

Dr. Luis Santiago Pacheco Romero.
MIEMBRO

Dr. Jorge Aquiles Rueda Huerta.
MIEMBRO

Dra. Alida Isidora Diaz Encinas.
MIEMBRO

Dr. Simón Escamilo Gódenas



Dr. NICOLÁS JAVIER LYNCH GAMERO
DIRECTOR

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO

Dedico mi tesis al dinámico colectivo peruano de personas con discapacidad que, frente a todas las adversidades individuales, económicas y sociales, sabe librar una lucha constante con la finalidad de abrir espacios que visibilicen nuestra problemática, que generen mayor conciencia ciudadana, que amplíen y efectivicen políticas públicas, y, sobre todo, que logren un reconocimiento de nuestro colectivo como actor social dentro de la definición de las políticas de Estado referentes a la discapacidad.

Primero, quiero expresar mi agradecimiento a mi asesor de tesis, el Dr. Simón Escamilo, quien con sus comentarios ha enrumado la presente investigación hacia sus objetivos. Asimismo, agradezco a la Oficina Municipal de Atención a la Persona con Discapacidad (OMAPED), activa en los 41 distritos de Lima Metropolitana, la cual generosamente brindó información para la presente investigación. Le doy las gracias a la familia Montoya Samamé pero, particularmente, expreso mi gratitud a la Sra. Soledad Samamé por su valioso apoyo para la realización de la presente tesis. Del mismo modo, agradezco a la familia Aguilar Alberto, especialmente al Sr. Rodolfo Aguilar Machuca, quien es una persona invidente experta en temas de discapacidad en nuestro país, por su invaluable asesoría profesional en el tema. También, quiero agradecer a mi querida familia Panta Tirado, destacando a mis hermanos Ivone y Luis Alberto, por su invaluable apoyo financiero para esta investigación. Finalmente, le doy una mención especial al doctor César Germaná Caveró, profesor de mi maestría, quien fue un ejemplo de amplitud, de espíritu inclusivo y de estímulo para mí cuando fui estudiante de la maestría.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	6
OBJETO Y OBJETIVO DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN	6
1.1. Los grupos vulnerables y las personas con discapacidad.....	6
1.1.1. Crecimiento de la población con discapacidad adulto mayor en el Perú	10
1.2. Marco legal sobre discapacidad	12
1.2.1. Antecedentes	13
1.2.2. Las Oficinas Municipales de Atención a las Personas con Discapacidad (OMAPED)	18
1.2.3. Otras disposiciones mandatorias para la creación de las OMAPED	21
1.2.4. El nuevo marco legal y las OMAPED.....	24
1.3. Exposición del problema objeto de la investigación	28
1.4. Justificación teórica	30
1.5. Justificación práctica	31
1.6. Objetivos de la investigación	31
1.6.1. Objetivo general.....	31
1.6.2. Objetivos específicos	32
CAPÍTULO II	33
MARCO TEÓRICO	33
2.1. Marco epistemológico de la investigación	33
2.2. Antecedentes de la investigación	34
2.2.1. Introducción	35
2.2.2. La población con discapacidad en el mundo	36
2.2.3. Población con discapacidad en el Perú	38

2.2.4. Primera Encuesta Especializada Sobre Discapacidad 2012 (ENEDIS-2012).....	43
2.3. Bases teóricas.....	50
2.3.1. Referencias de la terminología sobre discapacidad	50
2.3.2. Evolución del lenguaje	53
2.3.3. Concepción del Clasificador Internacional de la Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía (CIDDM)	55
a) Deficiencia.....	55
b) Discapacidad.....	55
c) Minusvalía	56
2.3.4. La concepción del Clasificador Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF)	57
Factores ambientales	57
a) Ambiente individual	58
b) Ambiente social	58
Definiciones	58
a) Discapacidad.....	58
b) Deficiencia.....	58
c) Limitaciones en la actividad	58
d) Restricciones en la participación	59
e) Factores contextuales	59
f) Modelos conceptuales.....	59
2.4. Teoría sobre las políticas públicas	61
2.4.1. Introducción	61
2.4.2. ¿Qué son las políticas públicas?	62
a) El marco legal	62
b) Los recursos humanos	63
c) Los recursos financieros	63

d) La persuasión.....	63
2.4.3. Elaboración de las políticas públicas	63
2.4.4. El análisis de las políticas públicas	65
2.4.5. La formulación de las políticas.....	66
a) La elaboración de la agenda política.....	66
b) La definición de los problemas	67
c) La previsión	67
d) El establecimiento de objetivos	67
e) La selección de la opción	68
2.4.6. La implementación.....	68
2.4.7. La evaluación y la continuidad o cambio	68
CAPÍTULO III.....	71
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	71
CAPÍTULO IV.....	74
RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	74
4.1. Sobre la magnitud y estructura de la muestra	74
4.1.1. Marco legal de la creación de las OMAPED	77
4.1.2. Recursos de las OMAPED.....	80
a) Infraestructura	80
b) Recursos humanos	81
c) Recursos económicos	85
4.1.3. Programas y actividades de las OMAPED.....	87
a) Programas sociales.....	87
b) Padrón de beneficiarios:.....	89
c) Registro de beneficiarios.....	90
d) Documento de identidad de discapacidad.....	91
e) Programas y planes institucionales	93

f) Actividades	94
g) Apoyo a las familias de la persona con discapacidad	95
4.1.4. Pertenencia de las OMAPED a Redes y Mesas de Trabajo	98
a) Trabajo en Redes.....	98
b) Organizaciones comprometidas en las Redes de Trabajo	99
c) Participación de las OMAPED en Mesas de Trabajo	101
4.1.5. Presencia de las OMAPED en las páginas web y membresías	102
a) Las OMAPED en el portal web municipal.....	102
b) Membresías de las OMAPED	102
4.2. Pruebas de hipótesis.....	103
4.2.1. Exposición de hipótesis	103
4.2.2. Conjeturas	103
4.2.2.1. Políticas públicas sociales del Acuerdo Nacional.....	105
4.3. Presentación de resultados por nivel de institucionalidad	109
CONCLUSIONES	113
RECOMENDACIONES.....	116
BIBLIOGRAFÍA.....	118
ANEXO	119
Cuestionario de entrevista para directores, jefes o encargados de las OMAPED	119

LISTA DE CUADROS

CUADRO 1

Número de distritos de Lima Metropolitana encuestados según regiones (año 2012)..... **¡Error! Marcador no definido.**

CUADRO 2

Número de distritos de Lima Metropolitana que no respondieron encuestas según regiones (año 2012)..... 75

CUADRO 3

Distritos de Lima Metropolitana encuestados según regiones (año 2012)... 76

CUADRO 4

Distritos de Lima Metropolitana que no respondieron encuestas según regiones (año 2012)..... 77

CUADRO 5

Legalidad de las OMAPED por dispositivo legal de creación (año 2012) 78

CUADRO 6

Inclusión de las OMAPED en organigrama municipal (año 2012) 79

CUADRO 7

Inclusión de las OMAPED en Reglamento de Organización y Funciones (ROF) de la Municipalidad (año 2012) 80

CUADRO 8

Infraestructura: disponibilidad de local institucional (año 2012)..... 81

CUADRO 9

Recursos humanos de las OMAPED según número de empleados (año 2012)..... 83

CUADRO 10

Personal responsable de las OMAPED según calificación profesional (año 2012) 84

CUADRO 11

Inclusión de personas con discapacidad en el personal de las OMAPED (año 2012)	85
-----------------------------------------------------------------------------------------	----

CUADRO 12

Presupuesto de las OMAPED (año 2012)	86
--------------------------------------------	----

CUADRO 13

Recepción de donaciones de las OMAPED según fuente (año 2012).....	87
--------------------------------------------------------------------	----

CUADRO 14

Padrón de asociados de las OMAPED (año 2012)	90
----------------------------------------------------	----

CUADRO 15

Número de asociados de las OMAPED (año 2012)	90
----------------------------------------------------	----

CUADRO 16

Tenencia de documentos de identificación de asociados (año 2012).....	92
-----------------------------------------------------------------------	----

CUADRO 17

Programas y planes institucionales de las OMAPED (año 2012)	94
-------------------------------------------------------------------	----

CUADRO 18

Actividades: rehabilitación, capacitación y promoción (año 2012)	95
------------------------------------------------------------------------	----

CUADRO 19

Apoyo de las OMAPED a la familia de las PCD (año 2012)	95
--------------------------------------------------------------	----

CUADRO 20

Tipo de apoyo de las OMAPED a la familia de las PCD (año 2012).....	96
---------------------------------------------------------------------	----

CUADRO 21

Pertenencia de las OMAPED a Redes de Trabajo (año 2012)	99
---------------------------------------------------------------	----

CUADRO 22

Redes de Trabajo de las OMAPED según tipo de organización (año 2012)	99
-------------------------------------------------------------------------------	----

CUADRO 23

Pertenencia de las OMAPED a Mesas de Trabajo (año 2012)	101
---------------------------------------------------------------	-----

CUADRO 24

Mesas de Trabajo a las que pertenecen las OMAPED (año 2012)..... 101

CUADRO 25

Las OMAPED en el portal web municipal (año 2012) 102

CUADRO 26

Membresías de las OMAPED (año 2012)..... 103

CUADRO 27

Nivel de institucionalidad de las OMAPED (año 2012) 109

CUADRO 28

Nivel de institucionalidad de las OMAPED por distritos agrupados por
regiones (año 2012) 110

CUADRO 29

Nivel de institucionalidad de las OMAPED por distritos por nivel
ascendente (año 2012) 111

CUADRO 30

Nivel de institucionalidad de las OMAPED según regiones (año 2012)..... 112

RESUMEN

El presente estudio trata de determinar el grado de formalización que existe entre las Oficinas Municipales de Atención a las Personas con Discapacidad (OMAPED) de los gobiernos locales de Lima Metropolitana y los niveles de institucionalidad de sus políticas públicas en materia de discapacidad. El estudio considera el análisis de la eficacia del marco legal vigente y su incidencia en la constitución de las OMAPED. Para medir los niveles de institucionalidad, se han considerado 13 indicadores y los resultados corresponden a la aplicación de una encuesta que se realizó en el marco del presente estudio a las OMAPED de los gobiernos locales de Lima Metropolitana.

PALABRAS CLAVE / DESCRIPTORES

Discapacidad / Institucionalización de políticas públicas / OMAPED / Marco legal sobre discapacidad / CONADIS / Desarrollo humano / Exclusión / Discriminación / Inclusión social / Lima Metropolitana / Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

ABSTRACT

This study tries to assess the degree of formalization between the local governments municipal offices of Care for People with Disabilities (OMAPED) from Metropolitan Lima and institutional levels of disability public policies. The study considers the analysis of the existing legal framework's effectiveness and its impact on the OMAPED's constitution. To measure levels of institutions, they have been considered 13 indicators and results correspond to the application of a survey conducted in the framework of this study to local governments's OMAPED in Metropolitan Lima.

KEY WORDS / DESCRIPTORS

Disability / Institutionalization of public policies / OMAPED / Legal framework on disability / CONADIS / Human development / Exclusion / Discrimination / Social inclusion / Metropolitan Lima / Ministry of Women and Vulnerable Populations

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo de investigación sobre la institucionalidad de las políticas públicas en materia de atención de los derechos de la persona con discapacidad, se pretende dar a conocer la situación real y las condiciones sociales que posee esta población vulnerable en Lima Metropolitana (constituida por sus 43 gobiernos locales). Para ello, se debe tener en cuenta que la capital del país alberga las mayores oportunidades de realización personal, la cual es una condición necesaria para alcanzar una verdadera inclusión social. Asimismo, en Lima, se reconoce la presencia de la población con discapacidad y sus familiares, quienes, desde hace más de 80 años, se organizan y emprenden incansables luchas y gestiones para demandar el reconocimiento y la atención de sus derechos.

Con frecuencia, esta población no es tratada adecuadamente en la formulación de políticas públicas y programas que se diseñan con la finalidad de atender los derechos de las poblaciones vulnerables. De este modo, la discapacidad es un fenómeno social invisible a pesar de ser parte de la sociedad. Este hecho ha traído como consecuencia que durante todo este periodo no se haya llegado a implementar medidas destinadas a conseguir la disminución de los altos niveles de discriminación, marginación, pobreza y exclusión social que los discapacitados viven cotidianamente. En consecuencia, estos factores se convierten en barreras sociales que impiden la realización de estas personas como ciudadanos capaces de aportar al desarrollo del país.

Es importante señalar que si bien es cierto que la existencia de la pobreza es mucho más grave en las poblaciones vulnerables que habitan en las zonas rurales y urbanas marginales del país, también es cierto que la situación de las personas con discapacidad que viven en tales condiciones es mucho más profunda y crítica todavía. Esta situación se produce a causa de sus deficiencias y por las barreras sociales, por lo que las personas con discapacidad se ven limitadas en el ejercicio de sus actividades. Esto

restringe seriamente sus oportunidades de participación. Entonces, se evidencia que la pobreza y la discapacidad establecen una relación recíproca y perversa, formando una cadena social que se retroalimenta mutuamente. Es decir, la presencia de la pobreza origina el surgimiento de la discapacidad, debido a que con su permanencia en el seno de un hogar, trae consigo más pobreza por los sobrecostos que genera, lo que afecta directamente al presupuesto de la familia.

De este modo, se reproducen las graves condiciones sociales que padece esta población vulnerable, lo que limita sus oportunidades de participación en la vida política, social, económica, cultural y tecnológica. Se tiene que señalar que, en el marco de la Conferencia de las Naciones Unidas Sobre las Metas del Milenio, llevada a cabo en el mes de septiembre del año 2002, el expresidente del Banco Mundial, James Welfenson, afirmaba que los Estados no podrían alcanzar sus metas si no consideraban los derechos de la persona con discapacidad en sus políticas y programas.

Se debe recordar que, durante el siglo XX, desde las esferas internacionales, como la Organización de las Naciones Unidas y sus organismos especializados, se aprobaron un conjunto de tratados, convenios y recomendaciones sobre el reconocimiento de los derechos especiales de la persona con discapacidad. Sin embargo, es conveniente tener presente que los primeros instrumentos en esta materia sirvieron para fortalecer el modelo clínico de la discapacidad, que consideraba a la persona como paciente. Esto trajo como consecuencia que el tratamiento de su problemática se tenga que realizar en la esfera de la salud y la asistencia social. También, cabe señalar que esos tratados fueron formulados a partir principalmente de las experiencias de los representantes de los países desarrollados. Por ello, no necesariamente servían para solucionar la problemática de la discapacidad en los países pobres en los que existe una realidad social muy diferente.

Por este motivo, la aplicación de estas fórmulas en el Perú no dieron los resultados esperados, pues al momento de su implementación no

podieron ser adecuadas a las condiciones de la realidad social del país. Asimismo, en la adopción e implementación de esas medidas, tampoco se consideró la participación de los sectores involucrados, como son las personas con discapacidad y sus familiares, haciendo caso omiso al derecho de consulta reconocido en los tratados internacionales suscritos por el Estado en materia de derechos de la persona con discapacidad. A pesar de ello, las autoridades se empeñaron en ejecutarlas con los lamentables resultados que actualmente se conocen gracias a la publicación de la primera encuesta especializada sobre discapacidad (ENEDIS-2012), realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Así, la aplicación de esas fórmulas sirvió solamente para consolidar el modelo clínico asistencialista de la discapacidad, que estuvo vigente hasta el día 24 de diciembre del 2012, fecha en la que se publicó la Ley 29973 (Ley General de la Persona con Discapacidad) que es el nuevo marco normativo que sirve de base para construir el Modelo Social de la Discapacidad.

Otro de los factores que ha impedido el avance en la implementación de las políticas y programas para la atención de la persona con discapacidad es el hecho de que los cargos públicos relacionados con estos temas, por lo general, han sido ocupados por profesionales y técnicos que no acreditan conocimiento y experiencia en esta materia. Por esta razón, la discapacidad se convierte en fuente de trabajo para personas que con frecuencia se encuentran muy lejos de la población objetivo, pero que viven cómodamente con los altos sueldos que reciben.

Es importante destacar que la Ley 29973 sirve de cimiento para la construcción del Modelo Social de la Discapacidad, cuyos ejes centrales son la persona como sujeto de derechos, su inclusión en el desarrollo y la promoción hacia mayores oportunidades de participación en la sociedad. Por consiguiente, en un análisis objetivo de la realidad de esta población, es un requisito *sine qua non* conocer en qué condiciones se encuentra el nivel de desarrollo asociativo y el fortalecimiento institucional que han alcanzado sus organizaciones. Factores como la debilidad y atomización asociativa, la falta de preparación y liderazgo de sus dirigencias, la carencia de recursos para

la gestión institucional y la desconfianza que tienen las autoridades en las capacidades de técnicos y profesionales con discapacidad restringen una efectiva participación de las personas con discapacidad en los ámbitos de la gestión pública y la consulta previa sobre la adopción de medidas legislativas, normas administrativas, formulación de políticas, programas y actividades dirigidas para la atención de sus derechos.

Por un lado, es conveniente señalar que debido al proceso de descentralización, la competencia de la atención de los derechos de la persona con discapacidad se encuentra principalmente bajo la responsabilidad de los gobiernos regionales y de las municipalidades, quienes inicialmente estuvieron obligados a destinar en su ejercicio fiscal una Unidad Impositiva Tributaria (UIT); posteriormente 2 UIT y, a partir del año 2014, el 1% de su presupuesto institucional para financiar obras de accesibilidad, programas sociales y actividades que los benefician. Sin embargo, durante un periodo de 17 años, tanto alcaldes como gobernadores, han demostrado gran falta de voluntad política para trabajar estas cuestiones y respetar los derechos de la persona con discapacidad.

Por otro lado, el órgano encargado de supervisar y fiscalizar el cumplimiento de la ley en todas las entidades del Estado involucradas en esta temática es el Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS), organismo público ejecutor que, en 17 años de gestión, no ha podido lograr su institucionalidad, pues sus autoridades solamente trabajan en el fortalecimiento de una burocracia que percibe altos sueldos. Esta entidad, al mismo tiempo, se enfrenta a serios problemas de corrupción, irregularidades y atropellos de sus funcionarios a los derechos de la persona con discapacidad, problemas pendientes de investigación. En medio de tales condiciones, se comprende que es muy difícil avanzar en el direccionamiento y la conducción del proceso de implementación de la Ley 29973, norma que se encuentra vigente desde hace más de tres años. Así, tampoco se ha podido fiscalizar su cumplimiento y sancionar las infracciones, porque en el reglamento se prevé que la primera y segunda instancia del proceso administrativo sancionador sea tramitada en la sede

central de Lima, sin comprender que la fiscalización del cumplimiento de la ley se debe realizar en todo el territorio nacional, pues los problemas de discriminación y exclusión social son mucho más graves y profundos en el interior del país.

En conclusión, la existencia de una cadena perniciosa constituida por la pobreza y la discapacidad que se retroalimentan mutuamente, la mala aplicación de las recetas internacionales en esta materia, la ausencia de profesionales y técnicos adecuadamente capacitados en la gestión pública de estos temas, la debilidad existente en la sociedad civil organizada de personas con discapacidad y sus familiares, la falta de voluntad política de las autoridades para la atención de esta problemática y la presencia de CONADIS entrampado en una profunda crisis institucional constituyen factores que impiden la implementación de la Ley 29973 (Ley General de la Persona con Discapacidad). Esta ley debería ser materializada mediante la formulación de políticas, planes, programas y proyectos en beneficio de la población con discapacidad del país. Si desde ahora no se comienza a adoptar reformas de manera integral, transversal y transparente destinadas a revertir las graves condiciones sociales en las que viven las personas con discapacidad, el reconocimiento de sus derechos quedará solamente expuesto en un papel.

CAPÍTULO I: OBJETO Y OBJETIVO DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

1.1. Los grupos vulnerables y las personas con discapacidad

Como resultado de la distribución desigual de la riqueza, en el mundo se produce un aumento alarmante en la población que pasa a formar parte de los sectores vulnerables. Estos se encuentran constituidos por comunidades indígenas, afrodescendientes, niños, mujeres abandonadas, personas de la tercera edad, enfermos críticos y personas con discapacidad, quienes, por su situación de pobreza o pobreza extrema, se convierten en seres excluidos, marginados y discriminados por las sociedades. Estos sectores, por lo general, tienen que enfrentar grandes obstáculos y dificultades para acceder por lo menos a la satisfacción de sus necesidades básicas como la alimentación, el vestido, la vivienda, el agua y alcantarillado, condiciones mínimas que no necesariamente les garantizan el acceso a los servicios que brinda el Estado, como la salud, la educación y el empleo. De esta manera, la restricción de estos derechos se convierte en factor que reproduce inevitablemente las condiciones que impiden la inclusión hacia el desarrollo de estos grupos marginados, particularmente el grupo constituido por las personas con discapacidad, quienes por la naturaleza de sus deficiencias y la presencia persistente de barreras socioeconómicas y culturales en su entorno se ven imposibilitadas de lograr su realización personal y, por consiguiente, su efectiva inclusión social. Así, son

condenadas a formar parte de la población más pobre y discriminada dentro del universo de los sectores vulnerables.

Sin embargo, no es todo. A este primer factor, se le suma una segunda causa que se encuentra relacionada con el desarrollo de la tecnología, recurso que, como ya es conocido, produce como efecto inmediato el desplazamiento de la mano de obra. En consecuencia, cientos de miles o millones de trabajadores se ven obligados a incorporarse en las grandes filas de los desocupados. Aquellos que muchas veces no encuentran los mecanismos para su reinserción en el circuito económico se encaminan irremediabilmente a vivir dentro de los parámetros de la pobreza y la desigualdad, condiciones sociales que contribuyen al aumento de los casos de discapacidad.

Además de los dos factores señalados anteriormente, existe un tercer factor que está relacionado con la presencia de uno o más miembros de la familia que sufre alguna deficiencia física, sensorial, intelectual o mental, condición que limita el desempeño de sus actividades cotidianas. La existencia de la discapacidad en la familia trae consigo sobrecostos en el presupuesto familiar. Es decir, si estos gastos no son cubiertos adecuadamente mediante un empleo digno o por medio de subvenciones estatales, encamina a sus integrantes a vivir en condiciones de pobreza o pobreza extrema inevitablemente.

Una publicación¹ de España sostenía que el coste de la discapacidad puede alcanzar hasta el 77,2% de la renta del hogar. Según esta publicación, por primera vez, un equipo de investigadores dirigido por Francisco Javier Braña Pino, investigador de la Universidad de Salamanca,

¹ El coste de la discapacidad puede alcanzar el 77.2% de la renta del hogar. (3 de enero del 2012). *Sinc: La ciencia es noticia*. Recuperado de <http://www.agenciasinc.es/Noticias/El-coste-de-la-discapacidad-puede-alcanzar-el-77-2-de-la-renta-del-hogar>

realizó estudios acerca de la presencia de la discapacidad en las familias, con la finalidad de conocer los costes y el impacto de la discapacidad sobre la economía de las personas que la padecen en España. Según estos estudios, el 90% de la población con discapacidad grave está en una situación de pobreza moderada y el 56% en situación de extrema pobreza, resultado que eleva la media del 20% de la pobreza en España hasta un 27%. Demostrándose con ello, lo oneroso que son los costes de la dependencia y la gran incidencia que tienen en el aumento de la pobreza. Según el informe, el coste de la discapacidad moderada está en torno al 40% de la renta del hogar, mientras que en el caso de personas con discapacidad grave, este coste se eleva hasta el 70%.

Es importante considerar que si esta situación ocurre en un país desarrollado que cuenta con los recursos y condiciones que les permiten la atención de sus sectores vulnerables, entonces ¿qué puede suceder en el Perú, donde todavía existen condiciones que lo ubican muy lejos de la realidad del mundo desarrollado? Esta realidad lamentablemente se demuestra con la ausencia de políticas preventivas de deficiencias, conforme se grafica con la presencia del 29% de desnutrición infantil crónica², factor que constituye causa en el tiempo de discapacidad física y mental irreversible.

Cabe anotar que los costos de la discapacidad que inciden en el presupuesto familiar están vinculados con los recursos que se destinan para sufragar los gastos de transporte, terapias, materiales de estudio, tecnologías, dispositivos, ayudas compensatorias, medicamentos, pañales, sueldos a los cuidadores, entre otros.

² Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta de Demografía y la Salud realizada en el año 2012.

La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de la Persona con Discapacidad, en su Artículo 28 sobre el Nivel Adecuado de Vida numeral 2, establece lo siguiente:

Los estados partes se encuentran obligados a garantizar el acceso de las personas con discapacidad, en particular las mujeres, niñas y adultos mayores con discapacidad, a programas de protección social y estrategias de reducción de la pobreza, así como a otorgar asistencia a las personas con discapacidad y a sus familias que vivan en situaciones de pobreza para sufragar gastos relacionados con su discapacidad.

Sin embargo, por lo general, esta disposición colisiona inevitablemente con las políticas económicas liberales que implementan los gobiernos, políticas en las que con frecuencia los temas relativos a la discapacidad son invisibles y, por ello, no tienen “carácter prioritario” para las autoridades.

El Banco Mundial en su publicación “Alianza Para un Desarrollo Inclusivo”³ sostiene que si los Estados no atienden la temática sobre las personas con discapacidad en la formulación de sus políticas, implementación de planes, programas, proyectos y actividades, y la asignación de partidas correspondientes en los presupuestos públicos de cada institución, encaminadas a mejorar sus condiciones y niveles de vida, esta población en los próximos 30 años irá en aumento en un 40% en los países del norte y hasta en un 120% en los países del sur.

Esta información del Banco Mundial debería obligar a los Estados a decidir las medidas necesarias que se deben adoptar para impedir que

³ Banco Mundial. (2004). *Alianza Para un Desarrollo Inclusivo*. p. 8.

continuamente se reproduzcan los factores que propician las condiciones de pobreza y pobreza extrema que condenan a los sectores vulnerables a vivir en un estado de discriminación, marginación y exclusión social, alejados totalmente de las posibilidades de acceso a sus derechos. En estos sectores vulnerables, los mayores afectados son las personas con discapacidad.

Esta situación se agrava si consideramos que la temática de discapacidad no se encuentra adecuadamente atendida por parte del Estado en las políticas públicas, planes y programas que deberían incluir sus necesidades y derechos. Todo ello ocurre como consecuencia de la poca o casi nula atención que prestan las autoridades al tratamiento de las cuestiones relativas a la discapacidad. Por el contrario, esta temática debería ser considerada mediante la asignación de los recursos necesarios que impulsen el desarrollo y bienestar de las personas con discapacidad.

Desde el Estado, las propias autoridades son quienes contribuyen a profundizar cada vez más las graves condiciones de vida de las personas con discapacidad. Estos últimos, por una parte, se encuentran acosados constantemente por los efectos de la pobreza y, por otro lado, se tropiezan con la indiferencia de la sociedad y el olvido del Estado, cuyas autoridades se ven incapaces de tomar decisiones como priorizar la atención de este sector excluido y discriminado de la sociedad.

1.1.1. Crecimiento de la población con discapacidad adulto mayor en el Perú

La reciente Encuesta Especializada sobre Discapacidad (ENEDIS-2012)⁴ revela que el 32.5% del origen de las deficiencias es producida por

⁴ Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Especializada sobre Discapacidad (ENEDIS-2012) publicada el 3 de julio del 2013.

causa de la edad avanzada, pues de 1 575 420 personas con discapacidad que habrían en el Perú equivalente al 5.2% de la población nacional, 794 292 personas con discapacidad son mayores de 65 años, lo que significa que son más del 55% de la población total. De acuerdo con esta información, al Estado peruano se le presenta, para los próximos años, la obligación de atender un problema social que sin duda demanda una importante inversión en programas de previsión social dirigidos a la atención de las necesidades de la población con discapacidad.

En un artículo publicado por el diario *Perú 21*⁵ acerca del crecimiento del envejecimiento de la población peruana, el economista Luis García Núñez, del Departamento de Economía de la Pontificia Universidad Católica del Perú, afirmaba que “existe una clara tendencia hacia el envejecimiento de la población peruana, la que se acentuará con fuerza en los próximos 40 años”. En el artículo titulado *¿Estamos preparados para enfrentar el envejecimiento de la población?*, García explicó el impacto que tendría el envejecimiento en la cobertura de salud y de pensiones. Asimismo, calculó que los peruanos con más de 65 años de edad aumentarán de 1 millón 200 mil personas registradas en 2005 a más de 3 millones para el año 2025. Así, la participación de este segmento de peruanos pasará de 5.3% de la población a 8.6% en ese periodo. En el XXI Seminario Anual CIES 2012, García mencionó que la situación del adulto mayor, en cuanto a atención de salud y pensiones, podría empeorar y llegaría a ser una carga provisional muy grande para el Estado.

Para el economista y ex Ministro de Trabajo, Jorge González Izquierdo, la población peruana es mayoritariamente joven en comparación con países de Europa, aunque dijo que se debe averiguar qué porcentaje de ese 8.6% de la población estaría sin ninguna cobertura de pensión porque podría generar riesgos al país.

⁵ ¿Estamos preparados para enfrentar el envejecimiento de la población? (22 de noviembre de 2012). *Perú 21*.

Si se considera que es precisamente la población adulto mayor con discapacidad que sufre el mayor impacto de sus secuelas, el problema es mucho más grave y profundo, puesto que sumados a los problemas propios del envejecimiento se agrega el serio deterioro de su calidad de vida por causa de la discapacidad, factor que restringe seriamente el desempeño de sus actividades. Esto la convierte en menos autónoma y más dependiente en su desenvolvimiento personal. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), se calcula que para el año 2012 la población adulto mayor llegaría a 1 845 763 personas, de las cuales 794 292 son personas con discapacidad, lo que equivale al 43% del universo. A esta cifra, se le agrega que la Población Económicamente Inactiva (PEI) con discapacidad alcanza a 1 119 027 personas, lo que significa el 76,8% de la población.

La revisión de la información existente sobre cuestiones relativas a la discapacidad contribuye con su conocimiento y permite comprender la necesidad de profundizar la investigación y el estudio en los diversos tópicos de esta materia con la finalidad de aportar alternativas de solución y contribuir con su desarrollo.

1.2. Marco legal sobre discapacidad

Luego de haber expuesto brevemente la situación de la población con discapacidad, es oportuno también hacer una breve reseña del proceso evolutivo que ha seguido la legislación referida a los derechos de la persona con discapacidad, así como la creación de las OMAPED como las instancias del Estado más cercanas a sus comunidades, las cuales están orientadas a brindar mayor cobertura en la prestación de los servicios en beneficio de su población objetivo. Por este motivo, resulta necesario proceder a la revisión del marco legal vigente en esta materia.

1.2.1. Antecedentes

A fines de los años setenta, el movimiento de personas con discapacidad, liderado por la Federación Nacional de Impedidos del Perú (FENADIP) y la Fraternidad Cristiana de Enfermos, realizó varias acciones encaminadas a la obtención de un marco legal que sirviera de base para la realización de los derechos de la persona con discapacidad y la consiguiente formulación de políticas públicas y programas sociales, destinados a la atención de sus requerimientos y necesidades. Durante ese periodo, se logró la aprobación de un conjunto de normas legislativas; sin embargo, la mayoría no consiguió los objetivos esperados y las expectativas del movimiento en referencia a la atención de sus derechos. No obstante, se puede destacar la aprobación de tres medidas importantes que implementadas adecuadamente hubieran producido un efecto muy positivo en el avance del proceso para la inclusión al desarrollo y la integración a la sociedad de la población con discapacidad.

En primer lugar, los derechos de las personas con discapacidad son reconocidos por la Constitución de 1979, Capítulo III Seguridad Social, Salud y Bienestar, Artículo 19, que establecía un régimen legal de protección y exoneración de contribuciones para la atención de la persona con discapacidad. El artículo en mención⁶ refiere lo siguiente:

La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad. Las entidades que sin fines de lucro prestan los servicios previstos en este régimen, así como quienes tienen incapaces a su cargo, no tributan sobre la renta que aplican a los gastos correspondientes. Tampoco tributan las donaciones dedicadas a los mismos fines.

⁶ *Constitución Política del Perú*. Capítulo III. Artículo 19. Perú. 1979.

Así, por primera vez en la historia republicana, los derechos de la persona con discapacidad alcanzaban un carácter constitucional con el reconocimiento de un régimen legal de protección, mediante la exoneración tributaria sobre la renta que se aplican a los gastos y donaciones que son destinadas por las personas naturales y jurídicas para el financiamiento de esos fines.

No obstante, luego de alcanzar este logro, la sociedad civil organizada se mantuvo activa con el propósito de avanzar en la conquista de mayores medidas en beneficio de su colectividad. De esta manera, el 16 de octubre del año 1980, más de cuatro mil personas con discapacidad marcharon desde el Parque Universitario hacia el Congreso de la República para demandar la atención de sus derechos y necesidades. A raíz de esa movilización y mediante la Ley 23241 (Ley General de la Persona con Discapacidad), se declaraba el día 16 de octubre como el Día Nacional del Minusválido.

Posteriormente, se aprobarían un conjunto de normas a favor de esta población, pero no lograron la trascendencia social que se esperaba. Tal vez, la norma más importante y digna de destacar es la Ley 24759 que declaraba de interés social la protección, atención y readaptación laboral del impedido. Esta norma tenía por finalidad promover el desarrollo económico de las personas con discapacidad a través de medidas conducentes a la protección y promoción de las empresas promocionales de y para personas con discapacidad, las cuales para ser reconocidas deberían acreditar que por lo menos el 65% de su personal fuesen trabajadores con discapacidad. Así, con la garantía de los dos tercios del personal, se trataba de asegurar la generación de nuevos puestos de trabajo en el sector privado para este colectivo.

Sin embargo, estas dos importantes medidas tuvieron una vigencia muy breve, circunstancia que impidió la posibilidad de avances en su implementación y ejecución por medio de normas complementarias para consolidar un marco legal impulsor del desarrollo de las personas con discapacidad, debido a que en la Constitución Política de 1993 solamente se pudo lograr la incorporación del primer párrafo del Artículo 19 relativo al régimen legal de protección, excluyendo la segunda parte sobre las exoneraciones tributarias. A pesar de ello, se consiguió que los derechos de las personas con discapacidad fuesen consagrados en varios de sus artículos.

Así, en la Constitución del Perú de 1993, en el Artículo 7⁷, se reconoce que “la persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad”. Esta disposición fue incorporada luego de vencer una gran resistencia de los representantes del gobierno del presidente Fujimori. Es el caso de su Ministro de Salud, Jaime Freundt Thurne Oyanguren, quien declaró que los problemas de la persona con discapacidad no eran responsabilidad del Estado sino de sus familias. Debido a ello, se explica la exclusión del párrafo con respecto a las exoneraciones tributarias, recursos destinados para el financiamiento de esta materia. Dicho artículo sería desarrollado seis años después por la Ley 27050 (Ley General de la Persona con Discapacidad⁸), norma que marcaba el inicio de un nuevo marco legal en el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad.

Asimismo, en el Artículo 16⁹, se establece que “es deber del Estado asegurar que nadie se vea impedido de recibir educación adecuada por razón de su situación económica o de limitaciones mentales o físicas”. Sin

⁷ *Constitución Política del Perú*. Capítulo II. Artículo 7. Perú. 1993.

⁸ La Ley 27050, Ley General de la Persona con Discapacidad, fue promulgada el 31 de diciembre de 1998.

⁹ *Constitución Política del Perú*. Capítulo II. Artículo 16. Perú. 1993.

embargo, a pesar de este reconocimiento, al igual que sucede con la educación en general, el Estado no ha producido avances importantes para que las personas con discapacidad puedan acceder a los servicios educativos, cuyo ejercicio está consagrado como uno de los derechos universales de la persona. No obstante, la clase política que reconoce a la educación como requisito *sine qua non* para vencer la pobreza y la desigualdad, luego de transcurrido 10 años desde que pactaron el Acuerdo Nacional, no ha podido adoptar medidas importantes para revertir el déficit educativo existente en nuestro país, en particular el referido a la educación de las personas con discapacidad.

De igual manera, en el Artículo 23¹⁰, se dispone que “el trabajo, en sus diversas modalidades, es objeto de atención prioritaria del Estado, el cual protege especialmente a la madre, al menor de edad y al impedido que trabajan”. Fue precisamente sobre la base de este precepto constitucional que la Federación Nacional de Asociaciones y Personas con Discapacidad Visual del Perú (FENADIV) promovió la presentación del Proyecto de Ley 812¹¹ (Ley Para el desarrollo y la Inclusión Social de la Persona con Discapacidad) que tenía la finalidad de enriquecer con sus aportes la formulación de la nueva Ley General de la Persona con Discapacidad, proponiendo la aprobación de una medida que garantice un nivel de protección laboral para los servidores públicos. Por este motivo, en el artículo 35° de este proyecto, se incorporó el siguiente texto:

Artículo 35.- Bonificación en concursos de méritos y estabilidad laboral relativa. Las personas con discapacidad que participen en concursos públicos convocados para cubrir plazas vacantes en las entidades del Poder Ejecutivo, sus órganos desconcentrados y descentralizados, las instituciones constitucionalmente autónomas, los gobiernos regionales y las municipalidades, así como en las empresas

¹⁰ *Constitución Política del Perú*. Capítulo II. Artículo 23. Perú. 1993.

¹¹ Este proyecto de ley fue promovido por la FENADIV y presentado como iniciativa legislativa por el congresista Manuel Merino de Lama de la Alianza Parlamentaria el 8 de febrero del 2011.

con participación mayoritaria del Estado que no se encuentren en proceso de liquidación, tienen derecho a obtener una bonificación de veinte por ciento (20%) sobre el resultado obtenido en la evaluación, siempre que reúnan los requerimientos que exige el puesto y hayan logrado una calificación aprobatoria. Luego de su ingreso por concurso público, solo pueden ser despedidas por falta grave prevista en la legislación que regule el régimen laboral que rija las relaciones de trabajo en la entidad en la que presta servicios.

Antes de finalizar la aprobación del dictamen, esta propuesta fue sustentada en representación de la sociedad civil por el Sr. Rodolfo Aguilar Machuca, presidente de la FENADIV. Para ello, se basó en el artículo 23 de la Constitución sobre la protección del trabajo y en los tratados internacionales sobre esta materia, las cuales son el Convenio 159 y la Recomendación 68 sobre la readaptación y el empleo de las personas con discapacidad aprobado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Este en su artículo 7¹² establece que “las autoridades competentes deberán adoptar medidas para proporcionar y evaluar los servicios de orientación y formación profesionales, colocación, empleo y otros afines, a fin de que las personas inválidas puedan lograr y conservar un empleo y progresar en el mismo”.

Asimismo, el presidente de la FENADIV hizo alusión al Artículo 27 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, sobre Trabajo y Empleo, inciso 1 a) cuyo texto es el siguiente:

Prohibir la discriminación por motivos de discapacidad con respecto a todas las cuestiones relativas a cualquier forma de empleo, incluidas las condiciones de selección, contratación y empleo, la continuidad en el empleo, la promoción profesional y unas condiciones de trabajo seguras y saludables.

¹² OIT Convenio sobre la readaptación profesional y el empleo (personas inválidas) / La Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad. Parte III. Artículo 7. 2008.

Terminada la sustentación, la presidenta Rosa Mávila pidió la intervención de los congresistas presentes en la sesión, pero guardaron silencio al respecto. Es en ese momento que se le pidió su opinión al asesor principal de la comisión, el Dr. Alberto Vásquez Encalada (Partido Socialista); quien respondió que no era necesario aprobar dicha disposición, porque antes ya se había aprobado la sanción del despido arbitrario de una persona con discapacidad. Por esa razón, la propuesta no fue aceptada.

Por último, el Artículo 59 de la Constitución Política del Perú 1993, con la finalidad de generar mayores fuentes de trabajo para personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad, establece que “el Estado brinda oportunidades de superación a los sectores que sufren cualquier desigualdad; en tal sentido, promueve las pequeñas empresas en todas sus modalidades”. Sobre la base de esta disposición constitucional, se ha tratado de promover el desarrollo de las pequeñas y microempresas de las personas con discapacidad, pero con muy pobres resultados, debido a que probablemente quienes se encuentran interesados no han encontrado los incentivos necesarios para decidir trabajar en este ámbito de la economía como sí viene sucediendo con otros sectores del empresariado en nuestro país.

1.2.2. Las Oficinas Municipales de Atención a las Personas con Discapacidad (OMAPED)

A mediados de la década de los 90, los líderes de las asociaciones de personas con discapacidad sostenían que uno de los mecanismos para hacer eficaz la atención de sus necesidades y derechos por parte del Estado era trabajar a través de las municipalidades, pues se creía que estas instituciones estarían en mejores condiciones para crear las denominadas Oficinas Municipales de Atención a las Personas con Discapacidad

(OMAPED), las cuales están encargadas de la formulación de políticas y programas locales destinados a la protección de los derechos y promoción del desarrollo de los vecinos con discapacidad en sus respectivas jurisdicciones.

De esta manera, desde la mesa de trabajo integrada por las organizaciones de personas con discapacidad más importantes del país, se comenzó a trabajar en la formulación del Proyecto de Ley General de la Persona con Discapacidad, entre los años de 1997 y 1998. Ellos proponían la incorporación en el proyecto de ley de la disposición que hiciera posible la creación de las OMAPED. Esta propuesta fue incluida en la Ley 27050¹³ (Ley General de la persona con Discapacidad) con el siguiente texto:

Artículo 10.- Convenio del CONADIS con las Municipalidades. El CONADIS convendrá con las Municipalidades, en lo que fuera pertinente, para que en su representación vigilen el cumplimiento de esta Ley y su Reglamento, extendiendo los alcances sociales, integradores e inclusivos de la Ley a todo el territorio nacional. Los gobiernos locales, por su parte, preverán la formación de oficinas de protección, participación y organización de los vecinos con discapacidad.

Como se puede apreciar, se establece la creación de las OMAPED por parte de los gobiernos locales, pero los asesores legales de los alcaldes sostenían que la disposición no tenía carácter mandatorio y, en consecuencia, no existía la obligación de crearlas. Por esta razón, entre los años de 1999 a 2003, se produjo un avance limitado en el proceso de creación e implementación de estas oficinas municipales, llamadas a convertirse en las primeras instituciones del Estado destinadas a la creación de condiciones más favorables para mejorar la calidad de vida de las personas discapacitadas y su inclusión a la sociedad.

¹³ La Ley 27050 es conocida como la Ley General de la Persona con Discapacidad.

De esta manera, los resultados obtenidos en esta materia durante los primeros cuatro años de vigencia de la Ley 27050 fueron causados básicamente por las opiniones legales emitidas por las oficinas de asesoría jurídica de las municipalidades y por una clara manifestación de falta de voluntad política por parte de la gran mayoría de los alcaldes en todo el país. Esta situación trajo como consecuencia que en la nueva Ley Orgánica de Municipalidades, Ley 27972¹⁴, se vuelva a insistir en la creación de estas oficinas. Así, en el artículo 84, sobre programas sociales, se establece de manera taxativa en las competencias exclusivas de las municipalidades provinciales la siguiente obligación:

1.7. Crear una oficina de protección, participación y organización de los vecinos con discapacidad, como un programa dependiente de la Dirección de Servicios Sociales.

Análogamente, se establece esta obligación en el numeral 2.4, para las municipalidades distritales. En cuanto a la Municipalidad de Lima Metropolitana, se asigna en el artículo 161 Numeral 5.4 las mismas competencias y funciones especiales:

5.4. Formular y ejecutar programas de apoyo y protección a niños y personas adultas mayores y personas con discapacidad que se encuentren en estado de abandono.

Entonces, se entiende que desde la Ley Orgánica de Municipalidades se otorgaba carácter obligatorio al cumplimiento de la disposición que establecía la creación de las OMAPED, la cual en la Ley 27050 no se fijaba de manera concluyente y solamente tenía, según las opiniones legales, carácter voluntario. A pesar de la vigencia de estas disposiciones, tampoco se produjeron avances significativos en este ámbito, ya que muchas de las oficinas que fueron creadas no pudieron ser implementadas a través de las

¹⁴ La Ley 27972, Ley Orgánica de las Municipalidades, fue publicada el 27 de mayo del 2003.

reformas necesarias que se tenían que hacer en sus respectivos instrumentos de gestión municipal que viabilicen su funcionamiento y la asignación de su presupuesto. Era necesario que las municipalidades realicen esta reforma puesto que debían incorporar las funciones y competencias de las OMAPED, así como la creación de las plazas correspondientes para la contratación de los recursos humanos encargados de administrar su operatividad.

Por otra parte, en referencia a la formulación de programas sociales para personas con discapacidad que viven en condiciones de pobreza y en estado de abandono, la ley establece como obligación formular y ejecutar por parte de la Municipalidad de Lima Metropolitana; sin embargo, se puede afirmar que durante la década de vigencia de esta ley no se ha conocido nada sobre su existencia o funcionamiento.

1.2.3. Otras disposiciones mandatorias para la creación de las OMAPED

Incluso cuando la Ley Orgánica de los Gobiernos Locales establecía el carácter obligatorio para la creación de las OMAPED, los alcaldes no quisieron cumplir con esta obligación. Por ello, luego de algunos meses, se vuelve a insistir con este asunto en el Congreso de la República. Es así que en la Ley 28164¹⁵ se incorpora una nueva disposición en su artículo 10, que se refiere a los convenios del CONADIS con las municipalidades, donde se reitera esta obligación en el siguiente texto:

Artículo 10º.- De la contribución de los gobiernos regionales y locales. Los gobiernos regionales, a través de Oficinas Regionales de Atención a las Personas con Discapacidad, apoyan a las instituciones

¹⁵ La Ley 28164, la cual modifica diversos artículos de la Ley 27050, fue publicada el 9 de enero del 2004.

públicas y privadas, en el desarrollo, ejecución y evaluación de programas, proyectos y servicios que promuevan la igualdad y equidad de oportunidades y el desarrollo de las personas con discapacidad. El CONADIS convendrá con los gobiernos regionales y locales, en lo que fuera pertinente, para que en su representación vigilen el cumplimiento de esta Ley y su Reglamento, extendiendo los alcances sociales, integradores e inclusivos de la Ley a todo el territorio nacional. Los gobiernos locales, sean estos provinciales o distritales, deberán abrir oficinas de protección, participación y organización de vecinos con discapacidad.

Como se puede apreciar, en la nueva disposición legislativa, se incide en reafirmar que es obligación de las municipalidades provinciales y distritales la creación de las OMAPED, extendiendo sus alcances también a los gobiernos regionales, pues se busca que con esta medida los servicios y programas que brinda el Estado a través de estos dos niveles de gobierno sean entregados a las personas con discapacidad de una manera integral y descentralizada.

Al mismo tiempo, este artículo estableció que estas instancias, en convenio con el CONADIS, estuvieran encargadas de vigilar que las medidas establecidas en la Ley 27050 y su reglamento se hicieran efectivas en todo el territorio nacional. Desde luego, la intención sobre los alcances de esta disposición tenía una gran connotación, pues se trataba de alguna manera de efectivizar mecanismos que garanticen el cumplimiento de la normativa en materia de discapacidad con la finalidad de que extendieran sus alcances en todas las regiones del país. Sin embargo, los hechos pusieron en evidencia que para lograr ese gran objetivo faltaban todavía muchas acciones por realizar, ya que los encargados de cumplir con estas funciones eran las Oficinas Municipales de Atención de las Personas con Discapacidad, las cuales no habían sido implementadas en un número importante. Por esta razón, se impedía la realización de este gran objetivo.

En consecuencia, el CONADIS se veía impedido de la suscripción de los respectivos convenios para asegurar su cumplimiento. No obstante, años más tarde, la realidad pone en evidencia que a los problemas ya conocidos se sumaría uno nuevo referido a la situación económica de las casi 850 municipalidades distritales consideradas entre las más pobres, las cuales presentan carencias importantes que les impedían la creación de las OMAPED.

Con la finalidad de superar esta contingencia, a partir del año 2008, desde el Congreso de la República nuevamente se trata de ensayar una nueva solución mediante la formulación de nuevas medidas legislativas. Para ello, por parte de la Comisión de Discapacidad (CODIS), se pone en marcha la adopción de dos propuestas muy importantes destinadas a superar esas dificultades. La primera estaba referida a la ampliación del plazo a las municipalidades de menor desarrollo para que cumplan con la obligación de crear sus OMAPED. Por tal razón, se incluyó en la Ley 29392¹⁶ en su cuarta disposición complementaria el siguiente texto:

CUARTA.- Excepción. Las municipalidades distritales de menor desarrollo cuentan con el plazo adicional de dos (2) años de publicada la presente Ley para implementar la oficina de protección, participación y organización de vecinos con discapacidad, a las que se refiere el artículo 10º de la Ley Nº 27050, Ley General de la Persona con Discapacidad. Para tal efecto, el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, por vía reglamentaria, identifica las municipalidades distritales de menor desarrollo.

Al mismo tiempo, se propone la incorporación de una disposición complementaria en la Ley 29465, mediante la cual se asigna a las Oficinas Municipales de Atención a las Personas con Discapacidad de los gobiernos

¹⁶ La Ley 29392, la cual sanciona las infracciones a la Ley 27050 y a su reglamento, fue publicada el 1 de agosto del 2009.

locales y regionales el monto de una Unidad Impositiva Tributaria mensual (UIT) para sus gastos operativos, monto que fue duplicado a partir de la Ley 29812¹⁷, Ley del Presupuesto del año 2012.

1.2.4. El nuevo marco legal y las OMAPED

La Resolución Legislativa 29127 que aprueba la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de la Persona con Discapacidad se encuentra en vigencia en el Perú desde el 3 de mayo del año 2008. Esta resolución obliga al Estado a adecuar la legislación nacional a los nuevos parámetros que sirven de base para la construcción del nuevo modelo social de la discapacidad. En consecuencia, se presentó la oportunidad de revisar toda la normativa en materia de discapacidad incluidas las referidas a las OMAPED.

Nuevamente, la sociedad civil organizada es quien toma la iniciativa, pues presenta al Congreso de la República sendos proyectos de ley. Por un lado, el primero fue el proyecto promovido por la Confederación Nacional de Discapacitados del Perú (CONFENADIP) y la ONG Sociedad y Discapacidad (SODIS), que fue presentado el 4 de marzo del 2011 mediante iniciativa ciudadana y fue archivado 4 meses más tarde antes de finalizar la legislatura. Sin embargo, por un acuerdo de la Junta Directiva del nuevo Congreso (periodo legislativo 2011-2012), el proyecto de ley fue desarchivado y remitido a la Comisión de Inclusión Social y Personas con Discapacidad con el código 377 para su tratamiento el 7 de octubre del 2011.

¹⁷ La Ley 29812, Ley del Presupuesto Público para el año fiscal 2012, fue publicada el 9 de diciembre del año 2011.

Por otro lado, el segundo fue el proyecto 812 presentado el día 8 de febrero del 2012 por la Alianza Parlamentaria, pero formulado y promovido por la Federación Nacional de Asociaciones y Personas Con Discapacidad Visual del Perú (FENADIV).

Ambos proyectos de ley sirvieron de base para que la Comisión de Inclusión Social y Personas con Discapacidad formule el dictamen correspondiente. Luego de un largo proceso de debate, en el que tuvieron la oportunidad de participar activamente los representantes de personas con discapacidad en el sustento de sus propuestas, se obtiene como resultado la aprobación por unanimidad del dictamen final y la promulgación por el Congreso de la República de la Ley 29973¹⁸.

En vista de la permanente falta de voluntad política puesta de manifiesto por las autoridades de los gobiernos locales y regionales para crear e implementar las OMAPED, esta ley incorpora varias medidas destinadas a superar las deficiencias de su funcionamiento. Para ello, la Ley 29973, en el artículo 70 numeral 70.1, establece lo siguiente:

Las municipalidades, provinciales y distritales contemplan en su estructura orgánica una Oficina Municipal de Atención a las Personas con Discapacidad (OMAPED) y contemplan en su presupuesto anual los recursos necesarios para su adecuado funcionamiento y la implementación de políticas y programas sobre cuestiones relativas a la discapacidad.

Tal como se puede constatar en la disposición anterior, la norma trata de resolver tres problemas fundamentales que se presentaban en la creación de las OMAPED. En primer lugar, se reitera la obligación de las

¹⁸ Ley 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, 13 diciembre 2012.

autoridades para crear en sus estructuras orgánicas las oficinas de discapacidad. En segundo lugar, se menciona la obligación de asignar los recursos necesarios destinados a su funcionamiento. Y, por último, garantiza el financiamiento de sus políticas, programas y actividades.

Ahora bien, esta ley trata de superar las deficiencias y vacíos existentes en la normatividad relacionada con el funcionamiento de las OMAPED, que les impedía lograr su institucionalidad y el cumplimiento de sus objetivos. Por ello, la Ley 29973 incorpora, en el numeral 70.2, las funciones y competencias de las OMAPED sobre los derechos de las personas con discapacidad y su inclusión en todos los programas y servicios que brindan las municipalidades a sus beneficiarios. Asimismo, en el artículo 71, se encarga al CONADIS el asesoramiento técnico necesario y la capacitación a los funcionarios de las municipalidades para la implementación y el funcionamiento de estas oficinas.

Otra de las medidas trascendentes de esta ley está relacionada con la competencia que tiene el CONADIS para dirigir el Sistema Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (SINAPEDIS), el cual es un sistema funcional para la articulación de políticas y programas, otorgar asesoramiento técnico, ejercer el control, la supervisión y fiscalización del cumplimiento de la ley y las acciones que en materia de discapacidad realicen los tres niveles de gobierno, sus organismos públicos, programas y proyectos.

Al mismo tiempo, la Ley 29973, en el artículo 74 acerca de sus objetivos, dispone lo siguiente:

- a) Asegurar el cumplimiento de políticas públicas que requieren la participación de las entidades del Estado a nivel intergubernamental en materia de discapacidad.

- b) Articular y armonizar la gestión de las políticas, planes, estrategias, programas y proyectos en materia de discapacidad, a nivel intergubernamental.
- c) Promover la participación de las organizaciones de personas con discapacidad, de la sociedad civil y del sector privado, a nivel intergubernamental en el desarrollo de acciones en materia de discapacidad.

Las instituciones que integran el SINAPEDIS, según el artículo 75 de la Ley 29973, son las siguientes:

- a) El Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS)
- b) Los gobiernos regionales, sus programas y proyectos
- c) Las municipalidades provinciales y distritales, sus organismos, programas y proyectos. Es decir, con la creación del nuevo sistema nacional de la discapacidad, se integran los tres niveles de gobierno: el gobierno central, los gobiernos regionales y las municipalidades, siendo el CONADIS el organismo que tiene bajo su responsabilidad la Rectoría y la dirección de este nuevo ente gubernamental de la discapacidad.

Según el artículo 86.2, del reglamento de la Ley 29773¹⁹, se establece que “los componentes del SINAPEDIS son los siguientes: (a) La investigación; (b) La gestión; (c) La información y (d) El seguimiento, monitoreo y evaluación”. Por consiguiente, tanto los gobiernos locales como regionales se encuentran obligados a cumplir con el marco legal vigente y dar cuenta al CONADIS de los resultados de las gestiones ejecutadas en materia de discapacidad.

¹⁹ Reglamento de la Nueva Ley general de la Persona con Discapacidad, aprobado por el Consejo de Ministros el día 30 de Enero del 2014 a cargo de subsanar la redacción de algunos artículos antes de su publicación.

Sin embargo, para que el SINAPEDIS se encuentre en condiciones de cumplir con estas competencias, el CONADIS tiene la necesidad de crear una estructura de coordinación, supervisión, control y fiscalización para velar que las municipalidades cumplan con estas disposiciones. Es decir, las oficinas regionales que tiene el CONADIS serán reemplazadas por las nuevas oficinas del SINAPEDIS con competencias y funciones debidamente establecidas. En este sentido, los diversos sistemas deben ser conducidos por profesionales y técnicos debidamente capacitados en el conocimiento de gestión pública y de la temática sobre las cuestiones en materia de discapacidad.

1.3. Exposición del problema objeto de la investigación

Conocido el diagnóstico situacional de las personas con discapacidad, el presente estudio de investigación trata de determinar en qué medida esta se refleja en la población con discapacidad que reside en Lima Metropolitana. Para ello, se reconoce que la capital del país es el lugar donde se concentran los servicios y recursos, las entidades públicas y privadas, así como las sedes principales de los poderes del Estado y de la empresa privada. De este modo, la investigación se ha focalizado en los 43 gobiernos locales que constituyen la capital del país, considerando que es la urbe más moderna y desarrollada a nivel nacional. Al mismo tiempo, se trata de lograr establecer los niveles de formalidad que han alcanzado las oficinas municipales encargadas de atender los requerimientos y necesidades de su población con discapacidad, así como el grado de institucionalidad de las políticas públicas en esta materia. Por otra parte, el estudio considera el análisis de la eficacia del marco legal vigente y su incidencia en la constitución de las mencionadas oficinas, por lo que se establecerá un conjunto de indicadores que hagan posible su medición, tales como recursos, infraestructura, presupuestos, personal, entre otros.

Otro de los tópicos que se estudia está referido al análisis de los programas sociales y al alcance que tienen sus beneficios en la población con discapacidad, por lo que se hará una revisión de las competencias sobre esta materia que se encuentran establecidas en la Ley Orgánica de las Municipalidades. Al mismo tiempo, se trata de conocer el grado de efectividad que han alcanzado las políticas y programas de carácter nacional, además de aquellos que fueron aprobados en el Acuerdo Nacional y relacionados con los gobiernos locales. De esta manera, al contrastar los resultados de la encuesta formulada para este efecto, se pueda definir o conocer la eficacia de dichas disposiciones. Una de las herramientas que se utiliza en la presente investigación es la encuesta, cuya ficha técnica incluye 23 preguntas que se resumen en 13 indicadores positivos, los que sirven para medir los niveles de institucionalidad que han alcanzado estas oficinas.

Pero ¿por qué se ha elegido la institucionalidad de las OMAPED como objeto del presente estudio de Investigación?

Es de conocimiento que una de las instituciones del Estado que se encuentra y trabaja con mayor cercanía con la comunidad son los gobiernos locales. Por esta razón, resulta necesario conocer en qué medida sus autoridades consideran y atienden la problemática de los vecinos con discapacidad en su jurisdicción. Ahora bien, se debe considerar que los gobiernos locales de Lima Metropolitana sí cuentan con recursos importantes que les pueden permitir una gestión exitosa en el tratamiento de las cuestiones relativas a la discapacidad. No obstante, para su atención, se necesita la voluntad política de los alcaldes, requisito básico que puede permitir la asignación de los recursos económicos necesarios para ser destinados al financiamiento de programas y actividades en beneficio de su población objetiva.

¿Para qué se ha elegido el estudio de las Oficinas Municipales de Atención a la Persona con Discapacidad (OMAPED) en el presente trabajo de investigación?

El Perú cuenta con más de 1860 gobiernos locales que podrían constituir una red nacional que sirva de cobertura para la atención de la población con discapacidad del país por parte del Estado. En gran medida, esta cobertura estatal ayudaría a ser el vehículo más eficaz para el acceso a los servicios y programas, los que llegarían con mayor eficiencia hacia los beneficiarios con discapacidad, por lo que resulta de gran trascendencia verificar la veracidad de esta premisa.

1.4. Justificación teórica

El presente estudio de investigación focalizado en un universo constituido por los 43 gobiernos locales de Lima Metropolitana permitirá establecer en qué medida los servicios, programas y actividades destinados para la atención de sus respectivas comunidades llegan también a las personas con discapacidad que residen en sus jurisdicciones. Asimismo, los resultados obtenidos servirán como un reflejo de la realidad. Por ejemplo, si se evidencia una situación muy grave en la capital, podría asumirse que en los gobiernos locales del interior del país sería mucho más crítica todavía. Inclusive, el estudio permitirá conocer en qué medida los programas y servicios que brindan las municipalidades consideran entre sus beneficiarios a las personas con discapacidad. Por último, se podrá conocer si los servicios brindados a las personas con discapacidad contribuyen con el proceso de su incorporación al desarrollo y su inclusión a la sociedad, como fin supremo que tratan de materializar todos los gobiernos.

1.5. Justificación práctica

El trabajo de campo se hizo considerando el universo de 43 municipalidades. Se utilizó la encuesta como herramienta de investigación, cuya ficha técnica ha sido elaborada a partir de 18 preguntas, cuyas respuestas permitirán un *diagnóstico* sobre la institucionalidad y funcionamiento de las mencionadas oficinas. Al mismo tiempo, los resultados de sus indicadores servirán para realizar la *medición* de los niveles de institucionalidad alcanzados. De este modo, se evidenciarán los avances y debilidades que presentan las OMAPED en el desarrollo de su gestión institucional. Se entiende que la información obtenida servirá también para contribuir con las mejoras y cambios necesarios que los responsables tienen que realizar con el propósito de mejorar sus servicios y la eficacia de su gestión.

1.6. Objetivos de la investigación

1.6.1. Objetivo general

Considerando que los gobiernos locales son las instituciones del Estado más cercanas a la comunidad, esta investigación tiene como objetivo general establecer los niveles de institucionalidad que han alcanzado las políticas públicas y programas que las 43 municipalidades de Lima Metropolitana implementan y ejecutan en beneficio de las personas con discapacidad que viven en cada una de sus jurisdicciones. Dentro de este objetivo, se identificarán los niveles de organización y recursos con los que cuentan las oficinas, pues estos posibilitan que se brinden servicios de calidad a sus respectivos beneficiarios.

1.6.2. Objetivos específicos

- a) Diagnosticar la situación legal de las OMAPED, sus instrumentos de gestión, recursos humanos y la asignación de presupuestos que son condiciones necesarias para garantizar su implementación y funcionamiento.
- b) Comprobar el nivel de transversalidad de los derechos de la persona con discapacidad en los servicios y programas que se brinda a la comunidad. La información obtenida servirá para medir los niveles de inclusión que se han alcanzado en beneficio de las personas con discapacidad a través de los servicios que son ejecutados por sus respectivas municipalidades.
- c) Verificar la eficacia de las medidas implementadas para disminuir los niveles de discriminación y exclusión social con los que viven las personas con discapacidad.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Marco epistemológico de la investigación

La investigación se realiza a través de un diseño transversal en el que se emplea el procedimiento de comparaciones reflexivas. Para ello, se ha aplicado una encuesta a los responsables de las 43 oficinas, con la finalidad de establecer su diagnóstico situacional a través del levantamiento de información que permita medir los niveles de institucionalidad y formalización, el funcionamiento, el impacto de sus programas sociales y las actividades institucionales. Para el acopio de la información, se utilizarán los métodos cuantitativo y cualitativo, los que resultan mejor conceptualizados como paradigmas. Los datos son recogidos a través de procedimientos conocidos, tales como cuestionarios y entrevistas estructuradas, y concebidos para captar las respuestas de los sujetos ante preguntas con opciones prefijadas de respuesta. De esta manera, la información recopilada servirá como insumo básico para el establecimiento de una nueva teoría en materia de discapacidad que será nutrida con la información recopilada. Con seguridad, la formulación de esta nueva teoría servirá para incorporar nuevos elementos que resultarán muy útiles para futuras investigaciones que se realicen en este ámbito.

Es conveniente señalar que se hará uso de los dos paradigmas²⁰: tanto del cuantitativo como del cualitativo. El primero emplea un modelo cerrado, de razonamiento lógico-deductivo desde la teoría a las proposiciones, la formación de concepto, la definición operacional, la medición de las definiciones operacionales, el acopio de datos, la comprobación de hipótesis y el análisis; mientras que el paradigma cualitativo constituye un intercambio dinámico entre la teoría, los conceptos y los datos con retroinformación y modificaciones constantes, basados en la información obtenida. Este nuevo “marco de explicación” proporciona una orientación respecto del lugar donde se reciben los datos adicionales. Se caracteriza por una preocupación hacia la comprobación de la hipótesis. Allí surge la importancia del uso de ambos paradigmas, ya que se pueden complementar mutuamente.

Por un lado, los métodos cualitativos proporcionan una base para entender el significado sustantivo de las relaciones estadísticas que se descubren. Esta base fenomenológica para el conocimiento resulta esencial en el proceso de evaluación del impacto de los programas de intervención social. Por otro lado, los métodos cuantitativos son apropiados por sí mismos como procedimientos de estimación de la evaluación del impacto de un programa. Sin embargo, la evaluación de programas y proyectos puede resultar fortalecida cuando ambos enfoques se hallan integrados en un diseño específico de evaluación.

2.2. Antecedentes de la investigación

²⁰ Tomás Kuhn, en su obra *La estructura de las revoluciones científicas* (1962), define al paradigma como un conjunto de suposiciones interrelacionadas con respecto al mundo social que proporciona un marco filosófico para el estudio organizado.

2.2.1. Introducción

En el Perú, no existen trabajos de investigación que hayan considerado como objeto de su estudio la institucionalidad de políticas públicas en materia sobre discapacidad, mucho menos que hayan sido formuladas desde los gobiernos locales. Por ello, resulta inviable considerar algunas referencias al respecto como antecedentes de investigación. La carencia de estudios sobre este ámbito se explica porque la temática relativa a los derechos de la persona con discapacidad no tiene una atención prioritaria por parte de la sociedad y el Estado. Por tanto, las políticas públicas existentes no han logrado los resultados esperados en relación con mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Más aún, se considera que constituyen la expresión de una respuesta a una demanda social específica, la misma que sirve para orientar a los actores sociales involucrados en la ejecución de planes, programas, proyectos y acciones llamadas a revertir la problemática social que origina su creación.

Por consiguiente, la formulación de una política nacional en materia sobre discapacidad plantea gran relevancia y significado en el Perú, puesto que se requiere contar con los lineamientos generales que deben constituir el marco político de largo plazo que colabore con la promoción y respeto de los derechos de las personas con discapacidad. Es decir, el mandato para la ejecución de lineamientos y estrategias debe ser desarrollado por los tres niveles de gobierno en un periodo determinado, con la finalidad de conseguir la reducción de los niveles de inequidad que inciden negativamente en el desarrollo inclusivo de esta población.

Si bien es cierto que desde el año 2003 hasta la fecha se han formulado dos Planes de Igualdad de Oportunidades (PIO 2003-2007 y PIO 2009-2018), estructurados sobre la base de cuatro ejes temáticos centrales, tales como la salud, educación, empleo y programas sociales, estos planes

no alcanzaron los resultados esperados, puesto que los presupuestos no fueron asignados para su implementación; además, tampoco se diseñó un mecanismo de seguimiento y supervisión ni se consideró a la sociedad civil organizada como parte del proceso.

Sin embargo, existen una serie de referencias obtenidas de encuestas y datos estadísticos en materia sobre discapacidad realizadas en el ámbito internacional y en el Perú. Estas serán materia de reflexión y comentarios en el presente capítulo.

2.2.2. La población con discapacidad en el mundo

Según el último *Informe sobre discapacidad* publicado por la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial²¹, se estima que más de mil millones de personas tienen algún tipo de discapacidad. Es decir, alrededor del 15% de la población mundial vive con algún tipo de deficiencia según cálculos realizados en función de los estimados en el año 2010. Esta cifra es superior a las estimaciones previas de la Organización Mundial de la Salud, correspondiente al año 1970, que llegaba aproximadamente al 10%. Es decir, en un periodo de 40 años, la población mundial con discapacidad se elevó en términos relativos a un 50%.

Por otra parte, según la *Encuesta Mundial de Salud*, cerca de 785 millones de personas mayores de 15 años viven con una discapacidad. Sin embargo, el proyecto sobre la *Carga Mundial de Morbilidad*, difiriendo de la información anterior, estima una cifra próxima a los 975 millones. Se observa

²¹ El último Informe Mundial sobre Discapacidad, publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial, fue realizado el 29 de junio del año 2011.

que la cifra se ve incrementada en términos absolutos en 200 millones de personas.

La *Encuesta Mundial de Salud* señala que, del total estimado de personas con discapacidad, 110 millones tienen dificultades muy significativas de funcionamiento, mientras que la *Carga Mundial de Morbilidad considera* en 190 millones las personas con una “discapacidad grave”. En este segundo indicador, se observa que esta población se eleva de manera alarmante en 80 millones de personas.

Solamente el proyecto de *Carga Mundial de Morbilidad* mide las discapacidades infantiles (0-14 años), con una estimación de 95 millones de niños, de los cuales 13 millones tienen “discapacidad grave”. El informe sostiene que el número de personas con discapacidad va en aumento, debido principalmente a dos factores: En primer lugar, se debe al envejecimiento de la población, ya que las personas ancianas se encuentran en mayor riesgo de adquirir una discapacidad, lo que deteriora seriamente su calidad de vida. En segundo lugar, se debe al incremento global de los problemas crónicos de salud asociados a discapacidad, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales.

De esta manera, las enfermedades crónicas representan el 66,5% de todos los años vividos con discapacidad en los países de ingresos bajos y medianos. Asimismo, los tipos de discapacidad de un país pueden estar determinados por factores naturales, sociales y ambientales, tales como las tendencias en los problemas de salud, los accidentes de tránsito, los accidentes de trabajo, las enfermedades profesionales, las catástrofes naturales, los conflictos bélicos, los hábitos alimentarios y el abuso de sustancias.

Además, el informe sostiene que como consecuencia de las visiones estereotipadas de la discapacidad se insiste con frecuencia en la identificación de los “grupos clásicos” como los usuarios de silla de ruedas, las personas ciegas o sordas. Esta visión trae como resultado la invisibilidad del universo de la discapacidad y la exclusión de algunos grupos constituidos por personas que sufren discapacidad a causa de la interacción entre problemas de salud, factores personales y factores ambientales.

Por otro lado, aunque la discapacidad se encuentra asociada con las desventajas, no todas las personas discapacitadas se encuentran con los mismos niveles de menoscabo. Por ejemplo, se puede apreciar que aparte de los obstáculos que contribuyen con profundizar el grado de discapacidad, las mujeres que la padecen además pueden sufrir discriminación por género o por su raza. En la esfera educativa, las tasas de matrícula escolar difieren por el tipo de deficiencia; así, los niños con deficiencias físicas suelen tener mayores oportunidades que los que padecen deficiencias intelectuales o sensoriales. En el ámbito del empleo, los más excluidos del mercado laboral son a menudo quienes presentan problemas de salud mental, deficiencia intelectual o deficiencias graves.

2.2.3. Población con discapacidad en el Perú

Uno de los problemas más serios que el Estado tiene que superar es poseer estadísticas serias y fiables con respecto al tema de discapacidad. La carencia de esta fuente de información trae como consecuencia que los diferentes sectores y niveles de gobierno no puedan diseñar, formular y menos implementar adecuadamente políticas públicas y programas, destinados a la atención de las necesidades y derechos de las personas con discapacidad. Por ello, y a partir de la inexistencia de una línea de base

en materia de discapacidad, durante muchos años, no se asignaron los recursos para el financiamiento de esta temática.

Recién, a partir del censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el año 1993²², se puede considerar la información más importante en materia de discapacidad. Según sus resultados, se determinó que en el Perú vivían 287 000 personas con algún tipo de discapacidad, cifra equivalente al 1.8% de la población nacional.

Sin embargo, en ese mismo año, el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), realizó una encuesta a nivel nacional en materia de discapacidad sobre una muestra de 630 hogares. Para el levantamiento de dicha información, se designaron profesionales de la salud, quienes utilizaban como parámetro de medición el Clasificador Internacional de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía (CIDDM) elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1980. Sus resultados revelaban que el 44% de la población del país tenía algún tipo de deficiencia, el 31.25% sufría un tipo de discapacidad y solamente el 13.8% estaba en condición de minusvalía.

Se emplearon dos instrumentos de investigación en materia de discapacidad: el censo y la encuesta. Ambos tuvieron resultados que difieren totalmente entre sí, ya que el censo proyecta una población con discapacidad que alcanza hasta el 1.8%, mientras que la encuesta muestra que la discapacidad afecta al 31.25% de la población. Desde luego, las cifras que fueron acogidas por la sociedad civil organizada se corresponden con las presentadas por la encuesta del Instituto Nacional de Rehabilitación,

²² Recuperado de www.inei.gob.pe/estadisticas/censos/

pues sus resultados se acercaban más a los estándares internacionales en esta materia.

Durante los meses de agosto y septiembre del año 2005, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) por encargo del CONADIS realizó la Encuesta de Hogares sobre Discapacidad en Lima Metropolitana y el Callao²³, utilizando para la medición el Clasificador Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF). No obstante, continuó conservando la tipología clásica de la discapacidad, sin considerar que el 66% de las discapacidades se encuentran asociadas a enfermedades crónicas, según sostiene la Organización Mundial de la Salud. Es decir, se mantuvo la clasificación tradicional de tipos de discapacidad para la encuesta, tales como la limitación motriz y de destreza, la limitación visual, la limitación del lenguaje, la limitación de la audición, limitaciones en el intelecto y los problemas en la conducta.

El trabajo realizado se llevó a cabo sobre una muestra de un total de 45 978 viviendas entre completas, incompletas, rechazo, ausente, desocupadas y otros (transitorias y destruidas), lo que representaba el 98.51% del número esperado.

Según la EHODIS-2005, se recogió las respuestas de un total de 1 889 747 hogares, de los cuales 374 225 albergan al menos una persona con limitaciones físicas o mentales, cifra que representa el 20% de hogares.

En cuanto a la población con discapacidad, esta ascendía a 457 550 personas y la tasa de prevalencia llegaba al 5.7% de la población en Lima Metropolitana y el Callao. Es decir, de cada 100 personas, 6 viven con algún

²³ Recuperado de www.conadisperu.gob.pe/web/documentos/.../resumen_ejecutivo.pdf

tipo de discapacidad, donde 258 654 declaraban solo tener una discapacidad y las 200 000 personas restantes declaraban convivir con dos o más discapacidades. Las limitaciones más comunes son la motriz y de destreza, y la visual, contabilizando 170 899 personas (casi un 40% del total de personas con discapacidad), mientras que aquellos que conviven con otras limitaciones llegaban a 87 775 personas, lo que representaba menos del 20% del universo.

Asimismo, la encuesta referida a las causas que originan la discapacidad revela que el 28% son originadas por enfermedades, el 18% por accidentes, el 16% por la edad avanzada y el 17% de participantes declararon que nacieron con esa limitación. El terrorismo y la negligencia médica representan el 3% y 2%, respectivamente. Por último, el 16% declaró desconocer el motivo de su discapacidad.

Uno de los problemas más serios que aquejan a las personas con discapacidad está relacionado con el acceso al sistema educativo nacional. Según la encuesta EHODIS-2005, se revela que de 361 658 personas el 44% no asiste a las escuelas por causa de la edad, el 12% por razones económicas, el 11% por motivo de la discapacidad y el 10% por causa del trabajo. Todo lo anterior, forma un total de 77% de personas que por diversas razones se encuentran impedidas de recibir educación, el porcentaje restante podría tener acceso a los centros educativos regulares o especiales (23%).

En referencia al acceso a los servicios de salud, la encuesta revelaba que solamente el 38% cuenta con algún tipo de seguro, ya sea en el Seguro Social de Salud (ESSALUD), el Seguro Integral de Salud (SIS) o de las Fuerzas Armadas o Policiales, mientras que el 62% de la población no goza de ninguna cobertura de salud. En estos indicadores, se puede constatar otra vez que los niveles de exclusión a un servicio público difieren de manera

considerable entre la población con discapacidad y aquella que no la padece. Por un lado, poco menos de las dos terceras partes de personas con discapacidad no gozaban de su derecho de disfrutar de una salud de calidad. Por otro lado, el Seguro Social de Salud (ESSALUD) y el Seguro Integral de Salud (SIS) cuentan con alrededor de 10 y 12 millones de personas respectivamente, quedando excluida una población de alrededor de 8 millones de personas. Es decir, la exclusión a los servicios de salud en una población sin discapacidad llegaba alrededor del 27%, mientras que en la población con discapacidad el nivel de exclusión alcanzaba cerca de los dos tercios del universo encuestado.

Respecto a la situación laboral, la EHODIS-2005 sostiene que la población económica con alguna discapacidad alcanza las 134 870 personas, equivalente al 33% de la población total con discapacidad de Lima Metropolitana, de lo que se deduce que los dos tercios restantes se encuentran excluidos de la Población Económicamente Activa (PEA). Según la encuesta, este resultado se explica porque la mayoría declara que no son PEA, debido a que no cuentan con trabajo y tampoco lo buscan. Es importante puntualizar que, en conformidad con los rangos de la población nacional en esta materia, cerca de los dos tercios de personas sin discapacidad del país constituyen la PEA, mientras que, según la EHODIS-2005, en el caso de la población con discapacidad, sucede todo lo contrario porque la PEA está constituida por un tercio del universo.

Así, el indicador de la PEA presentado por la EHODIS-2005 determinaba que la tasa de desempleo de las personas con discapacidad llegaba al 9%, mientras que la tasa de desempleo en general llegaba al 7.9%, cifra que es inferior tan solo en 1.1% del resultado anterior. Desde luego, esta cifra no refleja la realidad de acceso al empleo de las PCD, puesto que al no considerar como parte de la PEA a la población que no cuenta con trabajo o simplemente no lo busca, trae como resultado la falta de sinceramiento de la tasa de desempleo de la población con discapacidad.

Por estos motivos, la tasa declarada oficialmente ubica a la persona con discapacidad en condiciones casi similares a la población en general con respecto al acceso de las oportunidades laborales. Es suficiente incluir solamente a la tercera parte de la muestra que no se encuentra laborando según su declaración para que el índice de desempleo se eleve considerablemente.

2.2.4. Primera Encuesta Especializada Sobre Discapacidad 2012 (ENEDIS-2012)

El Instituto Nacional de Estadística e Informática realizó, entre los meses de julio a diciembre del año 2012, la Primera Encuesta Nacional Especializada Sobre Discapacidad ENEDIS-2012²⁴, cuyo trabajo de campo se llevó a cabo con una muestra de 330 000 viviendas situadas en las zonas urbanas y rurales del país. Esta encuesta tenía por finalidad recabar información sobre diversos tópicos relacionados con la población con discapacidad y su entorno personal y social. Entre los temas más relevantes, se encuentran los siguientes: conocer el tamaño de la población con alguna discapacidad, identificar cuántas personas por tipo de discapacidad tienen dificultades para realizar actividades de la vida diaria, recoger información sobre los niveles educativos, coberturas de salud, situación laboral, certificado de discapacidad y registro en el CONADIS.

En la sociedad civil, se creó una gran expectativa por los resultados de esta encuesta, pues se esperaba que la información recopilada sirviera de base para la formulación de políticas, planes y programas en materia de discapacidad. Es conveniente destacar que para la elaboración del cuestionario se ha utilizado los parámetros que se encuentran contenidos en

²⁴ Recuperado de www.conadisperu.gob.pe/resultados-i-encuesta-nacional-de-discapacidad.

el Clasificador Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Sin embargo, todavía se ha recurrido al concepto de discapacidad definido en el artículo 2 de la Ley 27050 (Ley General de la Persona con Discapacidad) que refiere lo siguiente:

La persona con discapacidad es aquella que tiene una o más deficiencias evidenciadas con la pérdida significativa de alguna o algunas de sus funciones físicas, mentales o sensoriales, que impliquen la disminución o ausencia de la capacidad de realizar una actividad dentro de formas o márgenes considerados normales limitándola en el desempeño de un rol, función o ejercicio de actividades y oportunidades para participar equitativamente dentro de la sociedad.

De tal manera, los responsables de la formulación de la encuesta utilizaron la definición de discapacidad reconocida por la ley vigente hasta ese momento, que sustentaba el Modelo Médico de la Discapacidad. Sin considerar la definición que había sido establecida en el Clasificador Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) desde el año 2001 por la Organización Mundial de la Salud que sirvió de fundamento para la formulación del nuevo Modelo Social de la discapacidad que ya estaba considerado en la Ley 29973 (Ley General de la Persona con Discapacidad). En el artículo 2 de esta ley, se define de la siguiente manera:

La persona con discapacidad es aquella que tiene una o más deficiencias físicas, sensoriales, mentales e intelectuales de carácter permanente que, al interactuar con diversas barreras actitudinales y del entorno, no ejerza o pueda verse impedida en el ejercicio de sus derechos y su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que las demás.

Entonces, se observa que existe una gran distancia entre las concepciones sobre la discapacidad establecidas en la Ley 27050 derogada precisamente cuando se terminaba la ejecución de la ENEDIS-2012 y la Ley 29973 vigente al final de ese proceso. En efecto, la primera definición considera que las causas de la restricción de oportunidades de una persona con discapacidad son las deficiencias que padece, mientras que la segunda definición considera que las barreras sociales y el entorno son los factores que restringen las oportunidades de participación de una persona. De esta manera, la segunda definición es la que se ajusta a los estándares establecidos por la Primera Convención del Milenio aprobada por las Naciones Unidas sobre la Protección de los Derechos y Dignidad de la Persona con Discapacidad. Dada la naturaleza vinculante del tratado y considerando la jerarquía de las normas, debió prevalecer la definición de discapacidad prevista en el Clasificador Internacional del Funcionamiento, que sirve de base para construir el nuevo Modelo Social de la Discapacidad.

Los resultados de la Encuesta Especializada en Discapacidad (ENEDIS-2012) revelan que la población con discapacidad alcanza a 1 575 402 personas, equivalente al 5.2% de la población total del país. Este resultado es inferior en 5 décimas al obtenido por la encuesta EHODIS-2005 realizada por el INEI en Lima Metropolitana y el Callao. Al mismo tiempo, aunque no se puede comparar en igualdad de condiciones la encuesta con el censo, por el tamaño y margen de error de la primera y la precisión de los resultados del segundo, es conveniente observar que las diferencias entre el resultado obtenido por la ENEDIS-2012 se encuentran muy lejanas al obtenido en el Censo Nacional realizado por el INEI en el año 2007, que arrojaba una cifra de 3 208 309 peruanos con discapacidad equivalente al 11.86% de la población. Por esta razón, sería conveniente que los funcionarios del INEI y del CONADIS expliquen cómo ha sido posible que, en el término de cinco años, la población con discapacidad pudo disminuir en alrededor de un millón ochocientos mil personas, es decir, en más de la mitad.

Con respecto al género, los hombres representan el 47.90% (8 754 671), mientras que las mujeres representan el 52.10% (820 731). De acuerdo con este indicador, la tendencia refiere que son las mujeres quienes se encuentran con mayor vulnerabilidad para adquirir una discapacidad.

La población por edad se presenta en tres grandes grupos: los menores de 15 años alcanzan a 129 796 personas y representan el 8.23% del universo, pero en comparación con la población sin discapacidad del mismo segmento representa solamente el 1.55%.

La población de 15 a 65 años llega a 651 312 personas y representa el 41.34% del universo, pero en comparación con la población sin discapacidad del mismo segmento representa el 3.76%.

Con respecto a la población mayor de 65 años, esta alcanza a 794 294 personas que representan al 50.41% del universo; y al mismo tiempo el 45.01% de la población sin discapacidad del mismo segmento.

En cuanto a la proyección de la población del INEI para el año 2012²⁵, se tienen los siguientes datos:

Población nacional	30 135 875
Menores de 15 años	8 357 533 (30.5%)
Población de 15 a 65 años	17 289 937 (63.1%)
Mayores de 65 años	1 764 687 (6.4%)

Luego de plantear y revisar los indicadores anteriores, se pueden obtener las siguientes conclusiones: En primer lugar, resulta poco creíble que la población menor de 15 años pueda representar solamente el 1.55% de la misma población etaria sin discapacidad. Sin embargo, el informe

²⁵ Recuperado de www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones.../Est/.../libro.pdf

presentado por la UNICEF denominado *Mejorar la nutrición infantil: imperativo alcanzable para el progreso global*, que analiza a 24 países con este problema, en conformidad con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2012, situaba la desnutrición crónica infantil en un 18.5%.

Ahora bien, la Organización Mundial de la Salud sostiene que una de las principales causas de la discapacidad es la desnutrición crónica infantil, pues en los menores de 3 años y en las madres gestantes producen daños irreparables que con el tiempo provocan deficiencias físicas y mentales. Asimismo, en el Perú, la desnutrición se presenta por la existencia de la pobreza, la cual, según el Banco Central de Reserva, llegaba alrededor del 29% en el año 2012. Con respecto a los resultados sobre la población en edad escolar, se encuentran muy distantes de los estimados por la UNESCO. Esta es una entidad que sostiene que en los países en vías de desarrollo los estudiantes con discapacidad alcanzan por lo menos al 10% de la población escolar. En segundo lugar, según el Ministerio de Educación, los alumnos con discapacidad que se encuentran matriculados llegan alrededor de 50 000, que es equivalente al 7% de la población escolar con discapacidad. Sin embargo, de acuerdo con las cifras presentadas en la ENEDIS-2012, el 40% de estudiantes se encuentran insertados en el sistema educativo nacional.

Una cifra preocupante está relacionada con el hecho de que más del 50% de la población con discapacidad se encuentra en el rango del adulto mayor. Este resultado permite concluir que el 45.01% de la población mayor de 65 años del país vive con algún tipo de discapacidad. Por este motivo, existe la necesidad del Estado para la generación de políticas y programas destinados a la atención de sus necesidades y la protección de sus derechos, los cuales tienen que considerar los sobre costos que traen consigo convivir con la discapacidad que, por su naturaleza, crea mayores necesidades, frente a las que tienen los adultos mayores sin discapacidad.

Con respecto al nivel educativo de las personas con alguna discapacidad, la ENEDIS-2012 tiene los siguientes resultados en porcentajes por niveles educativos:

Sin nivel educativo	23,6
Educación primaria	40,5
Educación secundaria	22,5
Educación básica especial	1,7
Superior no universitaria y universitaria	11,4
Con maestría o doctorado	0,2

Sobre la base de los resultados anteriores, se puede afirmar que la encuesta no produce información sobre el índice de analfabetismo existente entre la población con discapacidad, menos aún sobre la población no escolarizada, ya que es conocido que el sistema educativo nacional no tiene cobertura para incluir a las personas con problemas de autismo, parálisis cerebral y otras discapacidades graves, así como a las personas que viven en situación de pobreza y pobreza extrema, sobre todo en las zonas rurales y marginales. Por consiguiente, los resultados mostrados en este rubro son poco confiables.

Con respecto a la condición de ocupación de la población con alguna discapacidad, la ENEDIS-2012 revela lo siguiente:

Población Económicamente Inactiva	1 119 027 (76,8%)
No especificado	21 424 (1,5%)
Población ocupada	277 882 (87,9% de la PEA)
Población desocupada	38 210 (12,1% de la PEA)
Población Económicamente Activa	316 092 (21,7%)

Luego de realizar la revisión teórica de los conceptos de este rubro, según los estándares internacionales establecidos por las Naciones Unidas, la Población Económicamente Activa (PEA) está constituida por la población comprendida entre los 15 a 65 años de edad en condiciones de trabajar en alguna actividad productiva o de servicio. La Población Económicamente

Inactiva (PEI), según el INEI, “está constituida por aquellas personas que forman parte de la población en edad de trabajar, pero que, en el periodo de referencia adoptado, no realizaron ni buscaron realizar alguna actividad económica”. Esta población está clasificada por estudiantes, personas al cuidado del hogar, jubilados, menores, ancianos, personas con discapacidad, reclusos y religiosos.

Si se analiza la no PEA, se evidencia que las cifras presentadas alcanzan hasta el 76% de la población. En este caso, si se suma la población de los menores de 15 años y la población mayor de 65 años, se tiene que representan a 924 090 (58.65%) del universo que componen la no PEA. Los restantes 194 937 (12.37%), de acuerdo con la teoría, estarían constituidos por estudiantes, personas con discapacidad grave, personas que se encuentran al cuidado del hogar, reclusos o religiosos.

Con respecto al tipo de ocupación que desempeñan las personas con discapacidad, se tiene que el 86.7% ha encontrado uno de los siguientes puestos de trabajo: como independiente el 58.3%, como empleado el 15.3% y como obrero el 13.1%. Asimismo, es importante destacar que en calidad de empleador (microempresario) se desempeñan 16 981 personas que significan el 6.1% de la población ocupada. Según estos resultados, más de la mitad de la población económicamente activa desarrolla sus actividades económicas a través de la autogestión o como trabajadores independientes.

Con respecto a la salud, la ENEDIS-2012 revela que el 76% recibe tratamiento para sus enfermedades, el 21% no las recibe y el 3% no especifica. El 62% de la población cuenta con cobertura de salud en el Seguro Integral de Salud (SIS) o en el Seguro Social de Salud (ESSALUD), mientras que el 38% no cuenta con ningún tipo de seguro. Es decir, la ENEDIS-2012, en referencia al acceso a los seguros de salud, presenta una cifra exactamente inversa a la que se presentaba en la EHODIS-2005.

2.3. Bases teóricas

2.3.1. Referencias de la terminología sobre discapacidad

A través de la historia, se ha recurrido a diversas denominaciones para identificar a las personas con discapacidad, ya sea como colectivo general o por su tipo de discapacidad. Para ello, se han utilizado términos ofensivos, peyorativos y discriminatorios, tales como *lisiados, tullidos, desvalidos, paralíticos, ciegos, sordomudos, endemoniados, poseídos*, entre otros. Estas expresiones, sin duda, consolidan los prejuicios sociales, supersticiones y estereotipos que desde los diversos pueblos se cultivaron hacia las personas con discapacidad. Este hecho traía como consecuencia la reproducción de condiciones sociales basadas en la discriminación, marginación y exclusión social, el medio cuasi natural donde han vivido históricamente. Sin embargo, a mediados del siglo pasado, la terminología para identificar a los diversos tipos de discapacidad ha venido evolucionando en expresiones que reflejan los pensamientos, juicios y opiniones que tanto las personas como la sociedad tienen sobre quienes sufren algún tipo de deficiencia física, sensorial, intelectual o mental.

También, desde los organismos internacionales, se utilizó un lenguaje que no necesariamente respondía a términos dignificantes para designar a la población con discapacidad y sus diversos tipos de deficiencias. Así, se tiene que esa terminología fue utilizada entre las primeras normas internacionales aprobadas en esta materia, de las que se pueden citar las siguientes:

La Recomendación N° 99 del 22 de Junio de 1955 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) “Recomendación sobre la adaptación y la

readaptación Profesionales de los inválidos”: En el año 1997, las Naciones Unidas aprobó la “Declaración de los Derechos del Retrasado Mental”; asimismo, en el año 1975, ratificó la “Declaración Universal de los Derechos del Impedido”.

En su sesión plenaria N° 102 del mes de diciembre del año 1976, acuerda proclamar al año 1981 como el Año Internacional del Impedido con el tema “Plena participación”. Luego, en el año siguiente, aprueba el Programa de Acción Mundial para el Impedido. Por último, en el año 1983, la Organización Internacional del Trabajo aprueba el Convenio 159 sobre la Readaptación Profesional y el Empleo de las Personas Minusválidas. Así, se puede constatar cómo desde las esferas internacionales también se recurría al empleo de términos como *inválidos*, *retrasados*, *impedidos* y *minusválidos*. Con ello, se demuestra que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) no estuvo exceptuada de utilizar una nomenclatura inadecuada y poco dignificante para las personas con discapacidad.

A mediados del siglo XX, luego de finalizar la Segunda Guerra Mundial, los Estados se encontraron con la necesidad de enfrentar un serio problema social, producto de las consecuencias de la guerra que dejaron como resultado millones de víctimas que quedaron discapacitadas. Por esta razón, las autoridades se vieron obligadas a prestar atención a esta problemática social, formulando políticas y programas relativos a la rehabilitación y readaptación profesional como mecanismos que buscaban la inserción laboral y la integración a la sociedad de estas personas. De este modo, con un probable desconocimiento, relegaban a un segundo plano el reconocimiento de los derechos civiles y políticos de la persona con discapacidad, pues priorizaban los programas asistenciales y de sobreprotección destinados a la atención de estos sectores.

No obstante, la oportunidad de acceder a la educación por parte de las personas con discapacidad trajo consigo que comiencen a organizarse para conseguir el reconocimiento de mayores derechos y reivindicaciones para sus colectividades. En este sentido, iniciaron un salto cualitativo en el proceso de desarrollo asociativo a través de la consolidación y fortalecimiento de sus organizaciones que llegaron a tener carácter internacional, debido a que sus dirigentes empezaron a realizar una gran incidencia en las esferas internacionales, desde donde se comenzaron a conseguir la formulación de convenios y tratados de derechos humanos a favor de las poblaciones con discapacidad en el mundo. Es el caso de la Convención de las Naciones Unidas sobre la Protección de los Derechos Humanos y Dignidad de la Persona con Discapacidad realizado en el mes de diciembre del año 2006, el cual fue reconocido como uno de los tratados más trascendentes en materia de derechos.

Otro de los logros importantes conseguidos como fruto de esa incidencia por parte de las personas con discapacidad ha sido la formulación en el año 1980 del primer Clasificador Internacional de la Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía (CIDDM) aprobado por la Organización Mundial de la salud (OMS), el cual se hizo sobre la base de los trabajos que se venían realizando desde el año 1972 en la elaboración del Clasificador Internacional de Enfermedades (CIE). Desde luego, la CIDDM tenía serias limitaciones, en tanto que no llegaba todavía a realizar el análisis de las causas sociales y políticas del entorno de la persona y las consecuencias en su desarrollo; sin embargo, no perdía su trascendencia y valor, ya que con este instrumento se comenzaba el estudio de esta temática de una manera más seria y científica.

Por consiguiente, a pesar de su trascendencia, el primer clasificador todavía resultaba insuficiente para llegar a convertirse en el instrumento principal que sirviera de base para la formulación de políticas y programas integrales que recojan las necesidades y derechos de las personas con

discapacidad, debido a que el enfoque de su concepción se basaba en fundamentos clínicos, según los cuales la persona era considerada no como un ser social, sino como un paciente a recuperar mediante la aplicación de terapias de rehabilitación. Por ello, era necesario formular un segundo clasificador que incorpore los nuevos conceptos de discapacidad que sirvan de base para la formulación de legislaciones, políticas y programas en esta materia.

Con la finalidad de superar los obstáculos y las limitaciones del modelo médico, las personas con discapacidad lograron, en el año 2001, que se proceda a una nueva revisión del Primer Clasificador Internacional de la Discapacidad, en el que se incorporen los nuevos conceptos con sus aportaciones y percepciones.

2.3.2. Evolución del lenguaje

Al mismo tiempo que en los organismos internacionales se venían produciendo cambios en la concepción y la terminología relativa a la discapacidad, en las diversas sociedades del mundo, el lenguaje para la denominación de esta problemática iba evolucionando en dimensiones diferentes. Por ejemplo, en los países pobres, la terminología se mantenía perniciosamente presente en las mentes de las personas, debido a que los cambios se llegaban a realizar con un relativo retraso. Sin embargo, ocurría lo contrario en las sociedades desarrolladas, pues se producían avances importantes sobre la concepción acerca de la discapacidad y su entorno, ya que paulatinamente se iban superando viejos prejuicios y estereotipos que conceptuaban constantemente a las personas con discapacidad como “personas inferiores” frente a quienes no la padecían. Estos avances vienen encaminándose hacia el objetivo de conseguir un tratamiento equitativo y no

discriminatorio para las personas con discapacidad por parte de la sociedad y el Estado.

Todos los avances sociales han tenido y tienen su reflejo en el lenguaje, porque este es el reflejo de los pensamientos y conceptos que tienen las personas en su calidad de individuos y la sociedad como colectivo. En consecuencia, el lenguaje describe las especificidades de cada grupo social y muestra sus concepciones en cada momento. Con el lenguaje, se expresa lo que las personas piensan acerca de su realidad y entorno, tanto como colectivo y como seres individuales. La lengua castellana tiene la riqueza y los recursos suficientes para utilizarla sin necesidad de excluir, invisibilizar o marginar al individuo. Por ejemplo, la concepción peyorativa que se hacía de las personas con discapacidad mental tenía su reflejo en el uso de un lenguaje ofensivo y discriminatorio, pues se utilizaban palabras con un registro despreciativo, tales como *imbéciles, idiotas, tontos, retrasados, cretinos, locos, anormales*, etc. Es el caso de las personas con discapacidad intelectual como aquellos que padecían síndrome de Down, a quienes por sus rasgos físicos característicos se les denominaba *mongólicos, tarados, mongos, subnormales* u *oligofrénicos*. Asimismo, con respecto a las personas con discapacidad física, estas también han sido estereotipadas con términos despectivos, tales como *lisiado, tullido, cojo, machucado, manco, inválido*, entre otros. De la misma forma, con respecto a las personas con discapacidad visual, se les denominaba como *cegatones, ciegos, invidentes, cegarrutos*, entre otros. Ninguno de los sectores que constituyen el universo de la población con discapacidad se vio excluido de estas formas de estigmatización popular.

La aparición del principio del respeto a la diversidad y a la diferencia, eje sobre el cual se basa el desarrollo de las nuevas sociedades en nuestros días, constituye un avance importante hacia nuevos cambios en una sociedad que se va sensibilizando y comprende que cualquier persona, independientemente de que tenga discapacidad o no, es ante todo una

persona. Entonces, las palabras claves en esta materia son tolerancia, respeto a la diversidad, igualdad de derechos y equiparación de oportunidades.

2.3.3. Concepción del Clasificador Internacional de la Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía (CIDDM)

En 1980, la Organización Mundial de la Salud (OMS) delimitó el significado y los tipos de deficiencia, discapacidad y minusvalía, para lo cual consideró no solamente la enfermedad, sino también sus consecuencias en todos los aspectos de la vida de la persona. Por lo tanto, se amplió la concepción inicial basada exclusivamente en el modelo médico, que se resume en la siguiente secuencia: etiología → patología → manifestación, hacia una nueva secuencia que abarque las consecuencias de la enfermedad y que se puede resumir en la siguiente secuencia: enfermedad → deficiencia → discapacidad → minusvalía. De acuerdo con estas premisas generales, se consideran los siguientes significados para los referidos términos:

a) Deficiencia

Dentro de la experiencia de la salud, se define como toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Puede ser temporal o permanente y, en principio, solo afecta al órgano. Según esta clasificación, podrán ser intelectuales, psicológicas, del lenguaje, del órgano de la audición, del órgano de la visión, viscerales, desfiguradoras, músculo esqueléticas, generalizadas, sensitivas y otras.

b) Discapacidad

Es toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para

cualquier ser humano producida por la presencia de una deficiencia. Se caracteriza por insuficiencias o excesos en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria, que puede ser temporal o permanente, reversible o irreversible y progresivo o regresivo. Se clasifican en nueve grupos: de la conducta, de la comunicación, del cuidado personal, de la locomoción, de la disposición del cuerpo, de la destreza, de situación, de una determinada aptitud y otras restricciones de la actividad.

c) Minusvalía

Se define como toda situación desventajosa para una persona concreta como consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que supone una limitación o un impedimento en el desempeño de un determinado rol en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales. Se caracteriza por la discordancia entre el rendimiento o estatus de la persona en relación con sus propias expectativas o las del grupo al que pertenece. Representa la socialización de una deficiencia o discapacidad. La desventaja surge de las restricciones o incapacidad para satisfacer las expectativas del universo del individuo. Las minusvalías se clasifican de acuerdo a seis grandes dimensiones: de orientación, de independencia física, de la movilidad, ocupacional, de integración social, de autosuficiencia económica y otras.

Atendiendo a estas tres clasificaciones, el diagnóstico de una persona con discapacidad se debe formular considerando la deficiencia que la origina y las consecuencias que puedan derivar por esa causa en minusvalía. Sin embargo, se pueden dar situaciones donde la deficiencia no cause discapacidad, pero sí minusvalía. Por ejemplo, una desfiguración facial causada por quemaduras, aunque no produzca alguna dificultad en la capacidad de la persona para el desempeño de una actividad, sí le origina limitaciones en la relación con su entorno social, pues la ubica en una situación de desventaja. De esta manera, se presenta una situación de minusvalía.

Así, pueden presentarse numerosas situaciones donde la cadena, en la que se basa la estructura de la CIDDM, pueda romperse, sin que por ello tenga que perder su funcionalidad.

2.3.4. La concepción del Clasificador Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF)

El CIF se aleja del modelo clínico propuesto por la CIDDM, ya que con su revisión considera nuevos elementos que contribuyen con una nueva perspectiva sobre la discapacidad y el desarrollo del modelo social que se basa fundamentalmente en los factores que se presentan en el entorno de la persona. Por ello, el concepto de funcionamiento se puede considerar como un término global que hace referencia a todas las funciones corporales, las actividades y la participación. De igual forma, sucede con el concepto de discapacidad que incluye las deficiencias, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación. El CIF también enumera factores ambientales que interactúan con todos estos “constructos”. Por consiguiente, la clasificación permite elaborar un perfil de gran utilidad sobre el funcionamiento, la discapacidad y la salud del individuo en varias esferas.

El funcionamiento y la discapacidad de una persona se conciben como una interacción dinámica entre los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, etc.) y los factores del entorno que están constituidos por los factores personales y ambientales.

Factores ambientales

Los factores ambientales a su vez se encuentran clasificados en dos niveles distintos:

a) Ambiente individual

Está constituido por el entorno inmediato del individuo, tales como el hogar, la escuela o el centro de trabajo. En este nivel, se consideran las barreras físicas y materiales del ambiente con las que un individuo tiene que enfrentarse, así como el contacto directo con otras personas, tales como la familia, amigos, compañeros y desconocidos.

b) Ambiente social

Está constituido por las estructuras sociales, servicios o sistemas existentes en la comunidad o la cultura que tienen un efecto en los individuos. Este nivel incluye organizaciones y servicios relacionados con el entorno laboral, actividades comunitarias, entidades públicas, servicios de comunicación y transporte, redes sociales, marco legal, regulaciones, hábitos y costumbres, actitudes e ideologías.

Definiciones

Según el Clasificador Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), se plantean las siguientes definiciones:

a) Discapacidad

Es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre el estado de salud de una persona con sus factores personales y ambientales.

b) Deficiencia

Es la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica. Las funciones fisiológicas incluyen también las funciones mentales.

c) Limitaciones en la actividad

Son las dificultades que un individuo puede tener para realizar actividades. Una “limitación en la actividad” abarca desde una desviación leve hasta una grave en la realización de la actividad, tanto en cantidad como en calidad, comparándola con la manera, extensión o intensidad con la que lo haría una persona sin esa condición de salud. Esta expresión sustituye al término “discapacidad” usado en la versión de 1980 de la CIDDM.

d) Restricciones en la participación

Son los problemas, obstáculos o dificultades que puede encontrar una persona para lograr el acceso a las oportunidades en la vida activa de una sociedad. La presencia de la restricción en la participación de una persona con discapacidad se mide en función de la participación esperada que tiene una persona sin discapacidad dentro de un medio social específico. Este nuevo concepto sustituye al término “minusvalía” usado en la versión de 1980 de la CIDDM.

e) Factores contextuales

Son los factores que constituyen, conjuntamente, el contexto completo de la vida de un individuo y, en concreto, el trasfondo sobre el que se clasifican los estados de salud en el CIF. Los factores contextuales tienen dos componentes: (i) los factores ambientales se refieren a todos los aspectos del mundo externo que forman el entorno de la vida de una persona afectándola en su comportamiento; asimismo, incluye tanto el mundo físico natural como el mundo físico creado por los seres humanos; (ii) los factores personales son aquellos que se relacionan con el individuo, tales como la edad, el sexo, el nivel social, experiencias personales, etc.

f) Modelos conceptuales

Se presentan dos modelos conceptuales que permiten el entendimiento y la explicación de la discapacidad y el funcionamiento. Estos son los siguientes: (i) El modelo médico (CIDDM) considera la discapacidad

como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, el cual requiere de cuidados médicos como terapias encaminadas a lograr la recuperación o la adaptación o readaptación de la persona. Para conseguirlo, la atención sanitaria se considera prioritaria. Por este motivo, la respuesta política principal es la modificación o la reforma de los sistemas de atención a la salud y la seguridad social. (ii) El modelo social de la discapacidad (CIF) considera el fenómeno como un problema de origen social y, principalmente, como un asunto centrado en la plena inclusión de las personas en la sociedad porque la discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complejo conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el entorno social. En consecuencia, es responsabilidad de la sociedad realizar las modificaciones y adaptaciones ambientales necesarias que garanticen la plena participación de las personas con discapacidad en las diversas esferas sociales. Por ello, se considera que el problema es ideológico o actitudinal, por lo que su superación requiere la introducción de cambios sociales, lo que en el ámbito de la política constituye una cuestión de derechos humanos.

En conclusión, la discapacidad es el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona con sus factores personales y los factores externos que representan las condiciones en las que vive. A causa de esta relación, los distintos ambientes pueden tener efectos contrarios en una persona con discapacidad. Por ejemplo, un entorno con barreras restringirá seriamente el desempeño de actividades y, por ende, la realización del individuo, mientras que los entornos que cuenten con condiciones más accesibles podrán contribuir de manera significativa en el desarrollo y la inclusión social de la persona.

2.4. Teoría sobre las políticas públicas

2.4.1. Introducción

Como señala Chandler y Plano²⁶, las políticas públicas se definen como el uso estratégico de recursos que buscan resolver los problemas nacionales. A su vez, Easton²⁷ explica que se trata de extraer recursos de la sociedad para volver a colocarlos en ella. Como sostiene Pallares²⁸, “a través de la historia, el Estado ha venido experimentando un proceso de crecimiento que le ha permitido pasar desde un Estado Gendarme a un Estado cada vez con mayor capacidad de intervención. Esta situación trae como consecuencia que cada vez asuma mayores tareas y responsabilidades, donde sus funciones alcanzan mayor envergadura, afectando inevitablemente el quehacer diario de los ciudadanos”.

Así, se constata que el Estado interviene en las actividades como la economía, la salud, la educación, el empleo, la producción, la seguridad social, el transporte, la justicia, entre otras. Al mismo tiempo, desde la sociedad civil organizada, surgen una cantidad mayor de demandas y necesidades que el Estado se encuentra en la obligación de atender. Para ello, destina los recursos provenientes, por lo general, de las contribuciones, los que devuelve en forma de programas y servicios en beneficio de los propios ciudadanos. De este modo, los programas y servicios sociales dan origen a las políticas públicas; por ello, es importante realizar su estudio a través de formas sistémicas y analíticas. El estudio de las políticas públicas,

²⁶ Chandler y Plano (1988: 107) como se citó en la obra *Gobiernos locales y redes asociativas: estrategias para la ciudad digital / Apuntes sobre la experiencia argentina* de Alcántara Nahuel Oddonel y Leonardo Granato (2008)

²⁷ En 1953, Easton publicó *The Political System*.

²⁸ *Las Políticas Públicas: el sistema político en acción*. (1988).

como lo sostiene Francesc Pallares²⁹, debe realizarse bajo la formulación de tres cuestiones: qué políticas desarrolla el Estado en los diferentes ámbitos de su actividad, cómo se elaboran y desarrollan estas políticas y, por último, cómo se evalúan y cambian.

2.4.2. ¿Qué son las políticas públicas?

Las políticas públicas son “el conjunto de actividades de las instituciones de gobierno, que se realizan con el objeto de atender las necesidades y demandas de la sociedad y que están dirigidas a tener una influencia determinada sobre la vida de los ciudadanos”. Francesc Pallares sostiene que a este concepto genérico de políticas públicas, se le debe sumar algunas consideraciones; por ejemplo, el hecho de que las políticas públicas deben ser consideradas como un “proceso decisional”, es decir, deben entenderse como un conjunto de decisiones que se toman a lo largo de un periodo de tiempo. A su vez, los casos de “inacción” corresponden a una política que puede consistir en lo que no se está haciendo.

Para que una política pueda ser caracterizada como pública, tiene que ser formulada o procesada en el marco de los procedimientos y de conformidad con el rol de las instituciones. Establecida la definición de políticas públicas con sus debidas implicancias, se procederá a revisar algunos de los instrumentos de acción que utilizan las instituciones encargadas de elaborarlas. Dentro de los cuales, se tienen: el marco legal, los servicios, los recursos financieros y la persuasión.

a) El marco legal

²⁹ Pallares, Francesc. (1988). *Las políticas públicas: El sistema político en acción*. Revista de Estudios Políticos. No. 62. p. 14.

Es el único recurso propio y exclusivo del Estado. Es el medio a través del cual los poderes públicos autorizan y establecen las actividades que constituyen las políticas, definen sus alcances y objetivos, y la discrecionalidad en el actuar de los que la elaboran y ejecutan.

b) Los recursos humanos

Para la elaboración de las políticas, se necesita la participación de los servicios de recursos humanos. Para ello, se contrata al personal técnico profesional idóneo, quienes son los encargados de la realización de estos trabajos.

c) Los recursos financieros

Para poder llevar a cabo las políticas públicas, es necesario que la institución disponga de recursos. Estos se obtienen en su mayoría de la recaudación de impuestos, ya que si no se contara con ellos, no se podría ejecutar la gran mayoría de políticas que se realizan.

d) La persuasión

Este factor representa un instrumento efectivo muy importante, pues los ciudadanos consideran al gobierno como la legítima expresión de la interpretación mayoritaria de los intereses generales del pueblo.

2.4.3. Elaboración de las políticas públicas

Existen dos modelos que constituyen el marco teórico que trata de explicar el procedimiento para la elaboración de las políticas públicas. Primero, se encuentra el modelo racional, de H. Simon³⁰, que plantea tres etapas: (i) la primera etapa consiste en recabar la información, la que debe

³⁰ Helbert Alexander Simon. Models of Man's. 1947- 1957.

ser procesada y analizada de forma sistemática con el objeto de identificar los problemas presentes o posibles; (ii) la segunda etapa está relacionada con la definición de todas las alternativas posibles para dar respuesta a cada problema.; y (iii) la tercera etapa se trata de hacer el análisis y una evaluación integral de todas las alternativas y de sus posibles consecuencias.

A pesar de ello, este modelo tiene los siguientes cuestionamientos: Primero, el autor reconoce que en su modelo a nivel de aplicación práctica raramente ocurre que el proceso de decisión se produzca de manera tan lógica, racional y convenientemente orientada. Luego, otro cuestionamiento que se le realiza al modelo es la idea de que todo proceso de elaboración de una política pública parte de cero. Este fundamento constituye un error debido a que en la actualidad no existe prácticamente una política que parta de cero, ya que por lo general la gran mayoría son políticas que ya han sido planteadas con anterioridad por autoridades que han precedido a quienes ahora las retoman. Con todo esto, se estaría planteando un poco la idea del incrementalismo, que es el segundo modelo planteado por Ch. Lindblom en el año 1959 para la elaboración de las políticas públicas.

Este modelo busca superar algunos cuestionamientos que presenta el modelo racional, tales como las limitaciones humanas, su enorme costo del análisis, la inexistencia de métodos de previsión y de evaluación satisfactoria, y el conflicto de intereses. Asimismo, parte del hecho de que la elaboración de las políticas tiene como origen la situación existente anteriormente, por lo que plantea solamente pequeñas modificaciones de manera incremental. Sin embargo, este modelo presenta críticas. Etzioni³¹, por ejemplo, señala como objeción principal la falta absoluta de criterios que guíen el proceso. Es decir, las direcciones básicas del proceso. Por otra parte, surge la idea de que el gradualismo de este modelo no parece permitir

³¹ Las políticas públicas, productos del sistema político.
www.tuobra.unam.mx/publicadas/021104144006.html

el planteamiento de innovaciones básicas. Por último, el poder implementar el proceso de ajuste mutuo favorece a los actores mejor organizados y con más recursos de poder.

Finalmente, Lindblom reconoce que la desigual distribución del poder no permite que el proceso de ajuste mutuo desempeñe la función que inicialmente pensaba. En la actualidad, a pesar de los cuestionamientos realizados al modelo incremental, existe un consenso general que lo acepta como descripción genérica del proceso de elaboración de las políticas públicas.

2.4.4. El análisis de las políticas públicas

El punto de partida para el análisis lo constituye la idea del esquema “cíclico” propuesto por Lasswell³². Este enfoque intenta analizar los factores que inciden en el desarrollo de una política en sus diferentes etapas, es decir, desde el inicio de su elaboración hasta su culminación. Aquí, la idea Eastoniana de sistema político cumple un rol muy importante en el análisis del “ciclo”, pues le sirve de complemento.

De esta manera, en el momento de analizarlo, se debe considerar a la elaboración de una política como un proceso dinámico que permita plantearse las cuestiones con posibilidades de anticipación y previsión. Una política puede ser revisada continuamente en su proceso de aplicación, pero debe sujetarse a cambios en función de sus resultados. Sin embargo, si no se han previsto los mecanismos convenientes que coadyuven en su

³² El Ciclo vital de las políticas - Eumed.net
www.eumed.net/.../El%20ciclo%20vital%20de%20las%20Politic.htm

evaluación y cambio, esto será más difícil y se hará con menor capacidad de orientación.

Explicada la idea del ciclo y su relación con la idea del sistema político, se tiene que abordar las distintas etapas por las cuales atraviesa una política pública. Hogwood y Gunn (1984), tomando como punto de partida el esquema de Lasswell, distinguen nueve fases en el proceso vital de las políticas públicas, las cuales Pallares sintetiza como los tres grandes momentos del proceso: “La formulación de las políticas, la implementación o su proceso de aplicación práctica y la evaluación de su rendimiento”.

2.4.5. La formulación de las políticas

La formulación de las políticas públicas está constituida por cinco etapas:

a) La elaboración de la agenda política

No todas las demandas que presenta la sociedad consiguen ingresar en el régimen político, ni mucho menos pasan a ser políticas públicas. Solo aquellas que, por algunas circunstancias, motivos, momentos, razones, logran ser problemáticas ahora o potencialmente plantean la necesidad de acción, de realizarse, de crear una política frente a ellas. Para ello, se requiere recepcionar las demandas, captar información, ya sea por medio de mecanismos institucionales o informales.

En este proceso, se utilizan diversos procedimientos técnicos, así como diversas fuentes. En este sentido, surgen las cuestiones siguientes: ¿por qué ciertos tipos de demandas son las que logran ingresar al régimen político y se convierten en políticas públicas? ¿Por qué unas entran a la agenda y otras no son consideradas? La respuesta no es sencilla y no está

todavía clara, pero en su mayoría los expertos en la materia coinciden en que se debe a la idea de distribución del poder en la sociedad. Así es como existen estudios empíricos que tratan de agregar otros elementos como las crisis o amenazas, cuestiones que tengan componentes emotivos, de interés humano, si afectan a un amplio número de personas, si tienen que ver con el poder y la legitimidad en la sociedad. En fin, “las agendas políticas son más el resultado de la movilización de demandas y presiones, que un proceso racional de evaluación de necesidades, valores y objetivos”.

b) La definición de los problemas

Una vez establecida la agenda política se deben definir los problemas. No es suficiente el hecho de haberlos identificado sino que es necesario tener mayor conocimiento de ellos. Se tiene que conocer cuáles son sus componentes, así como las probables causas y consecuencias que se derivan de ellos. Esta etapa es muy importante en el proceso de la formulación de una política pública, ya que muchos de los fracasos de las mismas, ocurren debido a que no fueron desde su inicio bien definidas.

c) La previsión

Se refiere a la idea de que toda política pública tiene una vocación de futuro, que se utiliza para dar respuesta a una cuestión actual con el objeto de que se mejore en el futuro o simplemente algo que todavía no se presenta y se prevé que en un futuro podrá presentarse. Las dificultades y los altos grados de incertidumbre de las técnicas de previsión representan uno de los argumentos en defensa del modelo incrementalista.

d) El establecimiento de objetivos

Determinar los objetivos para la elaboración de políticas actuales o de futuro representa una de las orientaciones básicas para la configuración de la política. Se trata de establecer características genéricas del futuro deseado en un ámbito determinado. Por ello, para conseguirlo, se depende de un conjunto de factores que a lo largo del desarrollo de la política puesta

en marcha se van a dar, tales son el clima político interno y externo, el aspecto económico, el entorno internacional, entre otros.

e) La selección de la opción

Esta es la última fase del proceso de elaboración de las políticas públicas, la cual se inicia una vez que se tienen definidos los objetivos. Se trata de seleccionar la opción concreta. De esta forma, como sostiene Pallares, una opción es elegida mediante los procedimientos de decisión, entrando en la fase de implementación a través de su desarrollo gubernamental.

2.4.6. La implementación

El concepto de la implementación es introducido por Wildavsky y Pressman (1973). La mayoría de los autores en materia de implementación coinciden en que no existe una separación entre estas dos fases. Es difícil determinar dónde acaba la primera y dónde comienza la segunda. Por un lado, esto se debe al hecho mismo, tal como señala Pallares, de “la dificultad de definir qué es una política”. Barret y Fudge (1981) consideran la implementación “como un *continuum* de elaboración y acción en el cual tiene lugar un proceso negociador entre aquellos que quieren llevar la política a la práctica y aquellos de los que depende la acción”. El régimen político es el encargado y el responsable de la implementación de las políticas públicas.

2.4.7. La evaluación y la continuidad o cambio

Tal como sostiene Pallares, la evaluación de las políticas públicas debe hacerse en “referencia a los objetivos establecidos, pero sobre la base fundamental de los resultados alcanzados, tanto en los aspectos previstos

como en los no previstos. La evaluación consiste en el proceso necesario para medir el grado que vienen alcanzando los fines previstos y sugerir los cambios que puedan situar las realizaciones de la política más en la línea de espera". Es decir, es necesario conocer si la política que se ha puesto en marcha viene respondiendo o no a los objetivos esperados, cuáles son sus bondades o fortalezas y dónde se tienen que producir los correctivos para su mejor funcionamiento. Al respecto surgen las interrogantes: ¿Es coherente con los fines planteados o se tiene que modificar? ¿Es eficaz o no?

Como se puede apreciar, las políticas públicas constituyen un tema de gran relevancia para el estudio de las Ciencias Políticas. ¿Por qué se afirma esto? Porque las políticas públicas contienen una serie de conceptos básicos del sistema político. Se trata, por un lado, de estudiar la democracia bajo la idea de participación ciudadana en el proceso de elaboración y de intervención en cualquier fase. ¿Funcionan o no las instituciones? ¿Está la gobernabilidad en peligro o no? Una buena política pública ayuda a que la idea de gobernabilidad se mantenga estable, es decir, permite que no sufra una crisis o se vea afectada. Todo lo anterior implica que se consideren los factores en un contexto tanto interno como externo. Asimismo, considera que se analice también la idea de cultura política, la cual permite conocer por qué unas sociedades exigen más que otras y por qué participan más que otras.

En general, esta es básicamente la idea de políticas públicas y la trascendencia que adquieren a la hora de estudiarlas y analizarlas. Estas sirven de parámetro para evaluar el sistema político, pues si las políticas se desempeñan correctamente, entonces el sistema lo estará también; por el contrario, si estas no funcionan de forma adecuada, el sistema presentará ciertas interferencias que podrían provocar una crisis, trayendo consigo cierto grado de inestabilidad. Su importancia radica en el hecho de que si las autoridades logran detectar con tiempo las deficiencias, se entiende

razonablemente que buscarán cómo se deben aplicar los correctivos necesarios.

En conclusión, las políticas públicas son componentes del entramado institucional y de las expresiones ideológicas de una sociedad. Son las directrices que orientan el ideal de sociedad al cual se aspira, y que definen y delimitan las estrategias a seguir por los actores y agentes interesados. Una política pública es un instrumento que expresa y articula intereses, decisiones y no decisiones colectivas o de grupo a partir de la correlación de las fuerzas sociales expuestas a la negociación que tienen por finalidad estructurar cierto modelo de sociedad y de mercado.

De esta manera, en el caso peruano, las políticas de Estado que se han venido implementando durante la última década han sido desarrolladas bajo el sello del liberalismo a la peruana, corriente que sin duda es la predominante en el accionar de los gobiernos de turno. Esto explica de alguna manera que, luego de más de 10 años, no se hayan producido avances importantes en la ejecución de las 31 Políticas Públicas suscritas en el Acuerdo Nacional, a pesar de que todas ellas obtuvieron el pleno consenso para su aprobación por la clase política nacional.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo aplicativo y está dirigida al caso particular de las OMAPED, ya que tiene por finalidad conocer su funcionamiento, formalidad y legitimidad. Estos factores, a través de su estudio y análisis, permiten establecer el grado de institucionalidad que han logrado alcanzar sus políticas públicas en conformidad con el marco legal vigente. Asimismo, este conocimiento será de utilidad para sistematizar información sobre su situación y funcionamiento, además de establecer niveles y modelos de institucionalidad a seguir. Para ello, en la presente investigación se han utilizado los métodos de observación e inducción, medios que han contribuido con el conocimiento de la realidad de las OMAPED y han evaluado el nivel de institucionalidad de las políticas públicas sobre discapacidad.

El trabajo de campo se llevó a cabo mediante visitas a las 43 municipalidades de Lima Metropolitana, donde se realizaron entrevistas a los responsables de las respectivas OMAPED. Estas consistieron en la entrega de un cuestionario con 23 preguntas, de las cuales solamente los representantes de 41 oficinas entregaron sus respuestas. Esta herramienta de investigación ha sido muy valiosa pues ha permitido realizar el primer diagnóstico situacional de las OMAPED y ha posibilitado conocer las limitaciones que tienen que superar para cumplir con sus objetivos.

Otra de las fuentes recurrentes ha sido la información de encuestas y censos sobre temas de discapacidad del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI); la legislación peruana sobre discapacidad; los Clasificadores Internacionales de Discapacidad de 1980 y 2001; el Informe de la Organización Mundial de la Salud y del Banco Mundial, publicado en el mes de junio del 2011; y los tratados internacionales referidos a los derechos de las personas con discapacidad suscritos por el Estado. Todas las fuentes anteriores hacen posible conocer la problemática de la discapacidad en general y en particular lo relativo a las políticas públicas y programas que se pueden implementar en favor de la discapacidad desde los tres niveles de gobierno, especialmente desde los gobiernos distritales de Lima Metropolitana, los cuales son el objeto de estudio del presente trabajo de investigación. Debido a que la entrevista es uno de los recursos más importantes, en base a sus resultados se ha elaborado una matriz con 13 indicadores que servirán para evaluar la gestión e implementación de políticas y programas. La información resultante ha sido procesada a través de una Matriz de Niveles de Institucionalidad para las 43 OMAPED según los siguientes indicadores:

1. Ordenanza de creación
2. Infraestructura y logística
3. Recursos humanos especializados
4. Inclusión en el organigrama municipal
5. Presupuesto asignado
6. Padrón de beneficiarios
7. Programas y planes institucionales
8. Actividades realizadas en rehabilitación, capacitación, promoción
9. Apoyo a la familia de la persona con discapacidad
10. Redes de trabajo establecidas
11. Pertenencia a mesas de trabajo
12. Portal web
13. Membresías

Para medir los niveles de institucionalidad que han logrado las OMAPED, se ha establecido un número determinado de indicadores positivos que debían cumplir. Así, se tiene que con 5 indicadores se alcanza un nivel bajo de institucionalidad, mientras que con 6 a 10 indicadores se logra conseguir un nivel medio de institucionalidad. Por último, de 11 a 13 indicadores positivos permite alcanzar el nivel alto de la medición en la escala establecida.

Los resultados obtenidos de las 41 OMAPED adquieren una gran importancia, ya que sin duda servirán para evidenciar lo mucho o poco que falta trabajar en los 43 gobiernos distritales de Lima Metropolitana. De esta manera, se conseguiría que los alcaldes se comprometan seriamente a trabajar en la implementación de políticas y programas en materia de discapacidad. Ahora bien, para lograr ese objetivo, antes se necesita construir la verdadera institucionalidad de sus respectivas OMAPED, en tanto que estas son las que están encargadas de encaminar la ejecución de las políticas y programas sobre discapacidad en favor de este colectivo social. La institucionalidad de las OMAPED es un requisito *sine qua non* para que en los gobiernos locales se puedan ejecutar dichos programas, ya que la informalidad con la que vienen desarrollando sus actividades hasta ahora, constituye una barrera que no solamente impide la realización de una gestión que cumpla con los parámetros que se exige en el ámbito de la administración pública, sino que además les imposibilita el acceso a los recursos asignados por el Presupuesto General de la República para estos menesteres.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Sobre la magnitud y estructura de la muestra

Lima Metropolitana, como capital del Perú, está constituida por 43 distritos; sin embargo, el trabajo de campo del presente estudio de investigación solamente se realizó en 41 distritos, debido a que dos gobiernos locales se negaron a responder la encuesta conforme se puede constatar en los cuadros N° 1, N° 2, N° 3 y N° 4 de la muestra que a continuación se presenta:

Cuadro 1

Número de distritos de Lima Metropolitana encuestados según regiones, 2012

REGIÓN	DISTRITO
NORTE	8
ESTE	8
SUR	5
CENTRAL	10
CENTRAL SUR	6
BALNEAREOS DEL SUR	4
TOTAL DISTRITOS ENCUESTADOS	41*

(*) Universo de casos sobre el cual se basa el estudio y sus conclusiones.

Fuente. Elaboración propia en base a encuesta realizada para la presente investigación.

*Cuadro 2***Número de distritos de Lima Metropolitana que no respondieron encuestas según regiones, 2012**

REGIÓN	DISTRITO
CENTRAL SUR	1
BALNEARIOS DEL SUR	1
TOTAL	2*

(*) Casos no considerados en el estudio

Fuente. Elaboración propia en base a encuesta realizada para la presente investigación.

Cuadro 3

Distritos de Lima Metropolitana encuestados según regiones, 2012

REGIÓN	DISTRITO
NORTE	1. Ancón
	2. Pte. Piedra
	3. Sta. Rosa
	4. Carabaylo
	5. Comas
	6. Los Olivos
	7. Independencia
	8. San Martín de Porres
ESTE	9. S. J. de Lurigancho
	10. Sta. Anita
	11. Cieneguilla
	12. Ate Vitarte
	13. La Molina
	14. Chaclacayo
	15. Lurigancho-Chosica
	16. El Agustino.
SUR	17. S. J. de Miraflores
	18. V.M. de Triunfo
	19. Villa el Salvador
	20. Lurín
	21. Pachacamac.
	22. Cercado
CENTRAL	23. San Luis
	24. Breña
	25. La Victoria
	26. Rimac
	27. Lince
	28. San Miguel
	29. Jesús María
	30. Magdalena del Mar
	31. Pueblo Libre
	32. Barranco
CENTRAL SUR	33. Miraflores
	34. Surco
	35. San Borja
	36. Surquillo
	37. San Isidro
	38. Pta. Hermosa
BALNEAREOS DEL SUR	39. Pucusana
	40. Pta. Negra
	41. Sta. María del Mar

Fuente. Elaboración propia en base a encuesta realizada para la presente investigación.

*Cuadro 4***Distritos de Lima Metropolitana que no respondieron encuestas, según regiones, 2012**

REGIÓN	DISTRITO
CENTRAL SUR	Chorrillos
BALNEARIOS DEL SUR	San Bartolo

Fuente. Elaboración propia en base a encuesta realizada para la presente investigación.

4.1.1. Marco legal de la creación de las OMAPED

Aunque la Ley 27050 preveía la creación de las oficinas municipales de atención a los vecinos con discapacidad, durante una década se tuvo que emitir una serie de disposiciones encaminadas a perfeccionar la primera medida para establecer la obligación de crear estas oficinas en todos los gobiernos locales. Así, en el Artículo 84 de la Ley 27972 (Ley Orgánica de Municipalidades) en sus numerales 1.7 y 2.12, se incorpora la obligación de crear estas oficinas tanto en las municipalidades provinciales como distritales.

No obstante, este nuevo marco legal tampoco produjo los resultados esperados. Por ello, se tuvo que recurrir a la promulgación de nuevas disposiciones que traten de materializar este importante objetivo. De esta manera, algunas leyes como la Ley 28164, que reforma diversos artículos de la Ley 27050, y la Ley 29392, que sanciona las infracciones hacia la Ley 27050, también se encargaron de legislar medidas al respecto.

Todas estas disposiciones legislativas se llegan a sintetizar en la reciente promulgada Ley 29973 (Ley general de la Persona con Discapacidad), norma que ha sido formulada en conformidad con los

parámetros establecidos por la Convención de las Naciones Unidas. Por consiguiente, con esta disposición se produce un salto cualitativo en el desarrollo de esta materia. Se conoce perfectamente que, para la creación de una oficina, un plan o un programa de desarrollo, se necesita contar con la norma legal que facilite su partida de nacimiento, de lo contrario dicha institución no existe para efectos legales y formales. En consecuencia, en tales circunstancias, estas instancias no pueden ser consideradas en los instrumentos de gestión y menos incluir su rubro en el presupuesto institucional. Por ello, para medir el grado de formalidad de las OMAPED mediante normas que acrediten su creación, se insertó en la ficha técnica de la encuesta una pregunta para este rubro, la cual se podrá verificar en el siguiente cuadro:

Cuadro 5

Legalidad de las OMAPED por dispositivo legal de creación, 2012

INSTRUMENTO LEGAL DE CREACIÓN	Número	%
Ordenanza	20	48.8
Resolución de Alcaldía	4	9.8
Acuerdo de Consejo	5	12.2
Resolución Directoral	1	2.4
Edicto	2	4.9
No tienen	8	19.5
No responde	1	2.4
Total	41	100

Fuente. Elaboración propia en base a encuesta realizada para la presente investigación.

Con este resultado, se pudo comprobar que solamente el 48.8% (20) de las oficinas han sido creadas mediante Ordenanza Municipal, norma de mayor rango municipal; el 12.2% (5) de las OMAPED fueron creadas mediante acuerdo de sus respectivos consejos de regidores y el 9.8% (4) fue creado por Resolución de alcaldía. Asimismo, para estos efectos, se utilizaron normas de menor rango, tales como la Resolución Directoral y el Edicto Municipal, para la creación de 1 y 2 oficinas, respectivamente. Sin embargo, lo más grave de esta situación es el hecho de que ocho

municipalidades no cuentan con las mencionadas oficinas. Esto significa que a pesar de la vigencia de la obligación para crearlas, los alcaldes hicieron caso omiso al cumplimiento de la ley. También, se pudo constatar que las municipalidades de Chorrillos y San Bartolo se negaron a responder el cuestionario, acto que revela el nivel de comprensión de la temática de la discapacidad y el desconocimiento que tienen sus funcionarios sobre la Ley de Transparencia que desde luego limita el acceso a la información sobre temas específicos, en los que naturalmente no se encuentran incluidas las cuestiones relativas a la discapacidad.

Estas cifras revelan las graves dificultades que todavía se tienen que vencer para lograr la formalización y el funcionamiento de las OMAPED, instancias que son el punto de partida para la implementación de políticas, planes y programas a favor de los vecinos con discapacidad en sus respectivas jurisdicciones.

Con respecto a la incorporación de las OMAPED en los organigramas de las municipalidades, se puede constatar que ya 30 habían incorporado la OMAPED como parte de su estructura municipal. En lo que se refiere a la inclusión de la temática de la discapacidad en los instrumentos de gestión, como es el caso del Reglamento de Organización y Funciones (ROF), en el cuadro 7 se puede constatar que 27 municipalidades ya habían cumplido con esta formalidad.

Cuadro 6

Inclusión de las OMAPED en organigrama municipal, 2012

Inclusión en organigrama	Número	%
OMAPED está incluida en Organigrama	30	73.2
OMAPED no está incluida en Organigrama	11	26.8
No responde		
Total	41	100

Fuente. Elaboración propia en base a encuesta realizada para la presente investigación.

Cuadro 7

Inclusión de las OMAPED en Reglamento de Organización y Funciones (ROF) de la Municipalidad, 2012

Inclusión en organigrama	Número	%
OMAPED está incluida en ROF	27	65.8
OMAPED no está incluida en ROF	9	22
No responde	5	12.2
Total	41	100

Fuente. Elaboración propia en base a encuesta realizada para la presente investigación.

Todo lo anterior evidencia que el 73.2% de los gobiernos locales de Lima Metropolitana han incorporado a las OMAPED como parte de su estructura interna. Estas acciones constituyen avances importantes para lograr la institucionalidad. A pesar de ello, 11 municipalidades todavía quedan pendientes para cumplir con esta formalidad, ya que si no se implementan las medidas para garantizar su funcionamiento, se genera que los recursos que les son asignados cada año en el Presupuesto General de la República y aquellos que se le pudieran asignar por parte del propio gobierno local, no puedan ser percibidos por causa de su informalidad.

4.1.2. Recursos de las OMAPED

a) Infraestructura

Uno de los recursos importantes para desarrollar el trabajo de las OMAPED está relacionado con el hecho de contar con una oficina donde se pueda brindar atención adecuada al público usuario. Por tal razón se consideró incluir en el cuestionario una pregunta al respecto, la misma que fue contestada como sigue:

*Cuadro 8***Infraestructura de las OMAPED: disponibilidad de local institucional, 2012**

DISPONIBILIDAD DE LOCAL	Número	%
Tienen local propio e independiente	26	63.4
Tienen local compartido	11	26.8
No tienen local	4	9.8
No responde	-	
Total	41	100

Fuente. Elaboración propia en base a encuesta realizada para la presente investigación.

Este resultado pone en evidencia que, en algunos gobiernos locales, la presencia de vacíos legales y la falta de incorporación de la temática de la discapacidad en los respectivos instrumentos de gestión trae como consecuencia la carencia de recursos para las OMAPED. Esto demuestra el poco significado que tiene el funcionamiento de estas oficinas para sus autoridades, debido a que comúnmente los alcaldes piensan que la población con discapacidad y sus familiares no les significa renta política. La visión estereotipada que con frecuencia tienen los funcionarios en esta materia se basa en el hecho de que desconocen las necesidades, requerimientos y los derechos que asisten a estas personas.

Otra de las razones que explican la falta de disponibilidad de recursos está relacionada con las prioridades que establecen en los cuadros de inversión, donde se da mayor preferencia la asignación de recursos destinados al desarrollo de infraestructura. En resumen, los recursos que se destinan para atender a los grupos vulnerables como los niños y adolescentes, jóvenes, mujeres abandonadas, enfermos críticos y personas de la tercera edad son menores y, por lo general, el último lugar de la fila se encuentra reservado para las personas con discapacidad.

b) Recursos humanos

Otro de los graves problemas que con frecuencia se presenta en la administración pública está relacionado con la carencia de recursos humanos adecuadamente capacitados en el tratamiento y gestión de la temática de discapacidad. Por esta razón, a menudo sucede que las autoridades designan a personas que no son idóneas para realizar esas funciones. El problema central radica en el hecho de que en nuestro país no existen de manera oficial centros de capacitación en el conocimiento sobre cuestiones relativas a la discapacidad y, por lo mismo, quienes llegan a conocer el manejo de esta problemática con frecuencia son las propias personas con discapacidad o sus familiares comprometidos con el desarrollo asociativo de sus colectividades y el empoderamiento de sus derechos.

Sin embargo, resulta que esta no es una realidad que ocurre solamente en el Perú, porque lo mismo sucede también en diversos países del mundo, sobre todo en aquellos que se encuentran en vías de desarrollo. Sería muy extenso enumerar en cuáles no se forman profesionales en investigación y gestión sobre discapacidad, pero sí se pueden destacar aquellos países donde se forman profesionales en esta materia. Ejemplo de ello son los casos de Costa Rica en América Latina y España en Europa. Los organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas, la Organización Internacional del Trabajo y la Organización de los Estados Americanos tratan de alguna manera de contrarrestar esta deficiencia.

Para ello, incorporan en sus tratados referidos a la discapacidad, a la consulta previa que las autoridades deben realizar a los representantes de las organizaciones de personas con discapacidad, a las organizaciones de sus familiares o a las propias personas con discapacidad antes de tomar decisiones sobre disposiciones legislativas, medidas administrativas, formulación de políticas públicas, planes, programas y proyectos en materia de discapacidad. (Convenio 159 de la OIT, Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de la Persona con Discapacidad y la Convención

Interamericana que elimina todas las formas de discriminación contra la persona con discapacidad).

Esta situación explica brevemente la carencia de los recursos humanos que puedan acreditar conocimiento y experiencia sobre este motivo. Precisamente, para la comprobación de esta premisa, se incorporó en la ficha técnica una pregunta relacionada con esta problemática en los gobiernos locales, motivo de la presente investigación, cuyos resultados fueron los siguientes:

Cuadro 9

Recursos humanos de las OMAPEd según número de empleados, 2012

N° de empleados	Número	%
1	8	19.5
De 2 a 3	19	46.3
De 4 a 5	10	24.4
Más de 5	4	9.8
Total	41	100

Fuente. Elaboración propia en base a encuesta realizada para la presente investigación.

En el cuadro anterior, se evidencia que 8 oficinas contaban con una sola persona, 19 oficinas contaban con 2 o 3 trabajadores, 10 con 3 a 5 empleados y solamente 4 con más de 5 personas. De los resultados, se puede observar que cerca del 65.8% de las oficinas cuenta solamente con una a tres personas encargadas de realizar sus funciones, mientras que el 34.2% restante cuenta con más de 4 empleados.

Estos resultados evidencian nuevamente el bajo interés que muestran los alcaldes ante la temática de la discapacidad, puesto que no se necesita ser un gran analista para llegar a comprender que en tales condiciones no es posible la gestión de políticas y programas encaminados a la atención de las necesidades y derechos de este colectivo social. En estas circunstancias, las

posibilidades de que las mismas logren alcanzar su institucionalidad se encuentran un tanto lejanas todavía.

En lo que corresponde al nivel de calificación de los responsables de las OMAPED, el siguiente cuadro nos muestra:

Cuadro 10

Personal responsable de las OMAPED según calificación profesional, 2012

Especialización	Número	%
Educación	5	12.2
Psicología	5	12.2
Derecho	2	4.9
Trabajo Social	3	7.3
Administración de empresas	3	7.3
Comunicación	1	2.4
Técnico administrativo	3	7.3
Técnico Enfermería	1	2.4
Profesional sin especificar	9	22.1
No tiene	3	7.3
No responde	6	14.6
Total	41	100

Fuente. Elaboración propia en base a encuesta realizada para la presente investigación.

El cuadro anterior evidencia que 26 oficinas están conducidas por un servidor profesional, de las cuales en 9 no se especifica su calificación, mientras que las restantes están a cargo de un profesional, ya sea educador, psicólogo, abogado, asistente social o administrador de empresas. Además, 3 están dirigidas por personal técnico administrativo y una está dirigida por un técnico de enfermería. Finalmente, 3 oficinas no cuentan con personal calificado y 6 no respondieron.

El siguiente cuadro muestra si las OMAPED contaban con trabajadores con discapacidad que pudieran formar parte del equipo de gestión y contribuir con su fortalecimiento:

Cuadro 11

Inclusión de personas con discapacidad en el personal de las OMAPED, 2012

Personal con discapacidad	Número	%
Cuenta con personal con discapacidad	21	51.2
No cuenta con personal con discapacidad	4	9.8
No responde	16	39.0
Total	41	100

Fuente. Elaboración propia en base a encuesta realizada para la presente investigación.

El cuadro anterior muestra que, ante la pregunta sobre el personal con discapacidad que labora en las OMAPED, 21 oficinas respondieron que sí otorgan empleo a personal con discapacidad, 4 oficinas respondieron que no tienen trabajadores con discapacidad y 16 oficinas no respondieron. La inclusión de esta pregunta tenía por finalidad constatar en qué medida las personas con discapacidad son consideradas como parte del equipo de los recursos humanos que prestan servicios en las OMAPED, para que mediante sus experiencias y conocimientos sobre este problema puedan tener la oportunidad de brindar sus aportes. Al mismo tiempo, la pregunta servía para medir hasta qué nivel llega el compromiso que tienen los gobiernos locales con el cumplimiento de la cuota laboral del 3% reservada para personas con discapacidad, según lo establecido entonces por la Ley 27050.

c) Recursos económicos

Durante los 10 primeros años de vigencia de la Ley 27050, los servidores que laboraban en las OMAPED manifestaban que tenían que enfrentar grandes dificultades para desarrollar sus funciones y lograr sus objetivos, pues muchas veces no estaban en condiciones de cumplir con los fines que dieron origen a su creación, ya que los alcaldes no brindaban gran importancia a su desarrollo. Este hecho traía como consecuencia la falta de asignación de los recursos necesarios en el presupuesto municipal para el financiamiento de sus planes y programas.

Para superar estas falencias y revertir esas debilidades, desde la Comisión de Discapacidad del Congreso de la República, en el Presupuesto Fiscal, se propuso la incorporación de la disposición complementaria que apruebe una Unidad Impositiva Tributaria (UIT) destinada a los gastos operativos de las OMAPED, disposición aprobada desde el presupuesto fiscal del año 2009 y cifra que fue duplicada a partir del presupuesto fiscal del año 2012. Por consiguiente, se comprende que desde entonces todas las municipalidades a nivel nacional contaron con una partida presupuestal para cubrir por lo menos sus gastos operativos y actividades. A la pregunta relativa al presupuesto de las OMAPED, los resultados se muestran en el siguiente cuadro:

Cuadro 12

Presupuesto de las OMAPED, 2012

Presupuesto	Número	%
Tienen presupuesto	26	63.4
No tienen presupuesto	8	19.5
No responde	7	17.1
Total	41	100

Fuente. Elaboración propia en base a encuesta realizada para la presente investigación.

En el cuadro anterior, se evidencia que 26 oficinas respondieron que sí contaban con presupuesto, 8 respondieron negativamente y 7 oficinas no contestaron. Por consiguiente, las cifras demuestran que solamente el 65% de las OMAPED de Lima Metropolitana hacen uso de los recursos que les son asignados por el Presupuesto Nacional, mientras que el 20% declara que no cuenta con presupuesto y el 15% se negó a responder. De esta manera, la falta de formalidad persistente en este último grupo de OMAPED les produce como efecto inmediato la carencia de recursos para desarrollar sus actividades.

Por ello, en la encuesta, se incluyó una pregunta para conocer si contaban con otras fuentes de ingresos, recursos que de alguna manera les servirían para menguar sus falencias económicas. Esta situación se plantea en el siguiente cuadro:

Cuadro 13

Recepción de donaciones de las OMAPED según fuente, 2012

Fuente	Número	%
De ONGs	11	26.8
De empresas privadas	12	29.3
De entidades públicas	3	7.3
De instituciones educativas	1	2.4
De iglesia	1	2.4
No tiene	10	24.4
No responde	15	36.6

Fuente. Elaboración propia en base a encuesta realizada para la presente investigación.

El cuadro anterior revela información sobre la percepción de donaciones, de las cuales 28 oficinas recibían donaciones de varias fuentes; de estas, las de mayor relevancia provenían de las ONG y de la empresa privada. En este caso, 10 oficinas respondieron que no percibían donaciones y 15 oficinas no contestaron. Es conveniente aclarar que no se llegó a especificar el tipo de donaciones en la percepción.

4.1.3. Programas y actividades de las OMAPED**a) Programas sociales**

Los programas sociales que se encuentran a cargo del Estado, en el marco legal de su creación, definen las condiciones y requisitos que los usuarios tienen que cumplir para poder acceder a sus beneficios, considerando entre ellos los factores como la certificación de la clasificación socioeconómica del Padrón General de Hogares (PGH) de la Unidad Central de Focalización (UCF) del Sistema de Focalización de Hogares (SISFHO). Este sistema hasta la fecha no ha llegado a incluir el factor de discapacidad que facilite la inclusión de estas personas.

El segundo factor está constituido por el mapa de la pobreza estructurado por FONCODES. Como se puede entender, estos requisitos no responden a la realidad y necesidades que tienen las personas con discapacidad. Así, se sostiene que existen regiones que por el ingreso *per capita* elevado que perciben por concepto de la Ley del Canon no se encuentran comprendidos en el mapa de la pobreza, por lo que no califican para que sus pueblos sean incorporados en los programas sociales, tales son los casos de la región Tacna o Moquegua. Ahora bien, si esto sucede en lo que se refiere al ámbito regional, de igual manera viene ocurriendo en los distritos de Lima Metropolitana, sobre los cuales se basa la presente investigación.

Si se considerara los distritos cuyos ingresos económicos son relativamente altos como en los casos de las Municipalidades de Lima, Surco, San Borja, San Isidro, Miraflores, entre otros, donde también existen personas en condiciones de pobreza, estas no pueden ser consideradas dentro del grupo de beneficiarios de los programas sociales. Según cifras de la Organización de las Naciones Unidas, se sostiene que de cada 10 personas pobres, una sufre un tipo de discapacidad. Por consiguiente, dadas las condiciones expuestas, las personas con discapacidad que residen en estos distritos inevitablemente serán discriminadas de los programas sociales por no poder calificar como beneficiarios, debido a que no cumplen con los parámetros establecidos en el SISFHO y en el mapa de la pobreza.

Estas consideraciones se determinaron para que en la presente investigación se incorporaran en la encuesta preguntas relacionadas con esta temática con la finalidad de analizar los programas y actividades que se desarrollan desde las OMAPED. Es conveniente señalar que los representantes de las organizaciones de personas con discapacidad sostienen que existe la necesidad perentoria de realizar las modificaciones o reformas necesarias para que los programas sociales sean accesibles e inclusivos para las personas con discapacidad.

Resulta indispensable, en primer lugar, incorporar a la discapacidad como un tercer factor de focalización, cuyo efecto inmediato será que la perspectiva de la discapacidad se transversalice en todas las políticas públicas, planes y programas sociales, convirtiéndolos en más inclusivos y accesibles. En segundo lugar, es importante realizar la revisión tanto del SISFHO como del mapa de la pobreza, debido a que los hechos demuestran que estos factores de focalización ya no reflejan las actuales necesidades de la población. En el mes de julio del año 2012, en la inauguración del Nuevo Instituto Nacional de Rehabilitación ubicado en el distrito de Chorrillos, el presidente de la República, comandante Ollanta Humala Tasso, afirmaba “que el mapa de la pobreza y el SISFHO son dos instrumentos que nos muestran la radiografía del país, pero que los cambios producidos exigían la necesidad de contar ahora con una tomografía para conocer a fondo la verdadera realidad social del Perú que permita establecer el nuevo cuadro de necesidades”. En tercer lugar, los programas sociales vigentes no contemplan las barreras sociales, económicas, culturales y de accesibilidad que tienen que superar las personas con discapacidad. Esto les impide el disfrute de sus derechos. Así, se entiende que la ausencia de estos parámetros explica el hecho de que no sean considerados en sus registros de beneficiarios.

En tales circunstancias, resulta importante conocer el funcionamiento de los programas y actividades que se implementan y ejecutan desde los gobiernos locales, particularmente la situación de estos en las 43 municipalidades de Lima Metropolitana, debido a que el conocimiento de esta realidad nos permitirá conocer los avances que se producen en materia de programas sociales desde las OMAPED.

b) Padrón de beneficiarios:

Como es natural, cada OMAPED se encuentra obligada a contar con un padrón de usuarios con la finalidad de conocer e identificar a su población

objetiva. Por ello, en la encuesta, se incluyeron dos preguntas relacionadas con este rubro, cuyas respuestas fueron las siguientes:

Cuadro 14

Padrón de asociados de las OMAPED, 2012

Padrón de Asociados	Número	%
Tienen Padrón de Asociados	39	95.2
No tienen Padrón de Asociados	1	2.4
No responde	1	2.4
Total	41	100

Fuente. Elaboración propia en base a encuesta realizada para la presente investigación.

En el cuadro anterior, se observa que el 95% de estas oficinas mantienen un registro de los vecinos con discapacidad de su jurisdicción, mientras que las restantes no cuentan con dicho padrón.

c) Registro de beneficiarios

Luego de conocer que las OMAPED contaban con un padrón de beneficiarios, también era necesario reconocer el número de inscritos en sus respectivos registros municipales. Las respuestas fueron las siguientes:

Cuadro 15

Número de asociados de las OMAPED, 2012

Número de Asociados	Número	%
Menos de 100	3	7.3
De 100 a 300	12	29.2
De 301 a 500	4	9.8
De 600 a 900	4	9.8
De 1000 a 1500	3	7.3
De 1700 a 2400	2	4.9
No responde	13	31.7
Total	41	100

Fuente. Elaboración propia en base a encuesta realizada para la presente investigación.

En el cuadro anterior, se evidencia que en 15 oficinas declaraban que en su padrón estaban inscritos hasta 300 usuarios, 8 oficinas contaban entre

301 a 900 usuarios, 5 oficinas tenían inscritos entre 1000 a 2400 usuarios; por último, 13 oficinas no respondieron.

En primer lugar, con estos resultados, se puede concluir que si se considera los rangos más altos del vector, en el mejor de los casos, solamente se registraron hasta 16 800 personas. Esto muestra un promedio ponderado de 400 personas por cada Gobierno Municipal, cantidad que se encuentra muy lejos de la población objetiva, ya que según cifras de la Oficina Nacional de Procesos Electorales (ONPE) para el año 2007 en Lima Metropolitana existían alrededor de seis millones de electores, de los cuales 874 200 personas presentan algún tipo de discapacidad. En segundo lugar, 13 oficinas no respondieron a la pregunta, lo que es muy preocupante si se considera que se trata de gobiernos locales que forman parte de Lima Metropolitana y que sin duda cuentan con los presupuestos, servicios y profesionales, recursos que a menudo son escasos para los gobiernos locales del interior.

d) Documento de identidad de discapacidad

Así como el Documento Nacional de Identidad (DNI) significa la carta de presentación de ciudadanía para los peruanos mayores de 18 años, al mismo tiempo también acredita la existencia civil de los menores de edad. Además, este documento les permite el acceso a los servicios que brinda el Estado como son salud, educación, capacitación, vivienda y programas de asistencia social. Sin embargo, en el caso de las personas con discapacidad, para acceder a los beneficios que le reconoce la Ley 29973 (Ley General de la Persona con Discapacidad), es el Documento de Identidad de Discapacidad (DID). Por ello, fue necesario que en la ficha técnica se incluyera una pregunta al respecto. Los resultados fueron los siguientes:

Cuadro 16

Tenencia de documentos de identificación de asociados, 2012

Documento de identidad	Número	%
Todos o la mayoría tienen DID de CONADIS	15	36.5
Sólo algunos tienen DID CONADIS	12	29.3
Tienen DID de CONADIS y de OMAPEds	2	4.9
No tienen DID	5	12.2
No responde	7	17.1
Total	41	100

Fuente. Elaboración propia en base a encuesta realizada para la presente investigación.

En el cuadro anterior, se evidencia que 15 oficinas respondieron que la mayoría de los usuarios contaban con este documento, 12 oficinas contestaron que solamente algunos lo tenían, 5 oficinas respondieron que sus usuarios no cuentan con el DID y 7 oficinas no contestaron. Estos resultados reflejan la realidad existente en el Registro Nacional de Personas con Discapacidad a cargo del CONADIS, órgano que durante los 12 últimos años solamente pudo registrar alrededor de 80 000 personas. Sin embargo, eso no es todo, porque la reciente Encuesta Especializada Sobre Discapacidad 2012 (ENEDIS-2012)³³ al respecto nos revela lo siguiente:

¿Tiene el certificado por discapacidad?

Sí	7,0%
No	92,4%
No especifica	0,6%

¿Qué institución certificó su discapacidad?

Hospital MINSA	52,8%
Hospital de ESSALUD	33,0%
Hospital de las Fuerzas Policiales (PNP)	2,9%
Hospital de las Fuerzas Armadas (FF. AA.)	2,6%
No especifica	8,7%

³³ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Primera Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad, 2012.

¿Se encuentra registrado en el Consejo Nacional para la Integración de las Personas con Discapacidad (CONADIS)?

Sí	4,3%
No	89,0%
No sabe	5,9%
No especifica	0,8%

En primer lugar, ante la pregunta sobre el certificado de discapacidad, el 92.4% respondieron que no lo tenía, mientras que el 7% contestaron positivamente. De inmediato, ante la pregunta si se encontraban registrados en el CONADIS, el 89% respondieron que “no”, el 4.3% contestaron que “sí” y el 6.7% no responde o no especifica. Por todo lo anterior, se puede afirmar que los gobiernos locales en cuestión no asumían la responsabilidad de que sus usuarios en la gran mayoría no hayan podido obtener su documento de discapacidad; por lo tanto, esta es una barrera que las autoridades correspondientes tienen el reto de resolver.

Es importante señalar que una de las medidas encaminadas a superar esta deficiencia ha sido incorporar en la Ley 29973 (Ley General de la persona con Discapacidad), en su artículo 70 inciso h), un acápite que otorgue a las OMAPED la función de administrar el Registro Municipal de la Persona con Discapacidad en conformidad con los lineamientos recibidos por el Registro Nacional del CONADIS. Asimismo, deben contribuir con su actualización según lo dispone en el artículo 79, numeral 2 de la misma ley. De esta manera, con estas disposiciones que buscan la descentralización del Registro Nacional, se espera superar esta gran deficiencia que venía convirtiéndose en un cuello de botella que impide el acceso de las personas con discapacidad al reconocimiento de algunos beneficios y el disfrute de sus derechos.

e) Programas y planes institucionales

Definido el número de beneficiarios que tienen las OMAPED, se necesitaba conocer cuántas de estas oficinas contaban con planes o

programas sociales en conformidad con lo establecido en el artículo 84 numeral 2 de la Ley 27972 (Ley Orgánica de los Gobiernos Locales), que define las funciones específicas exclusivas de las municipalidades distritales en materia de programas sociales, defensa y promoción de derechos. Los resultados fueron los siguientes:

Cuadro 17

Programas y planes institucionales de las OMAPED, 2012

Programas y planes institucionales	Número	%
Tienen Programas y Planes institucionales	26	63.4
No tienen Programas y Planes institucionales	4	9.8
No responde	11	26.8
Total	41	100

Fuente. Elaboración propia en base a encuesta realizada para la presente investigación.

El cuadro anterior revela que 26 oficinas cuentan con programas institucionales, mientras que 4 oficinas no tienen estos servicios y 11 oficinas no respondieron. Este resultado refleja, una vez más, los efectos de los niveles de informalidad existentes en las OMAPED, ya que 25 fueron creadas por ordenanza o acuerdo del Consejo Municipal y 27 tenían sus funciones incorporadas en su respectivo Reglamento de Organización y Funciones (ROF), mientras que las restantes estaban desarrollando su trabajo en medio de la informalidad.

Es así como la institucionalidad de casi las dos terceras partes de estas oficinas hace posible que puedan obtener sus respectivos presupuestos y el consiguiente financiamiento de sus planes o programas institucionales.

f) Actividades

¿Qué tipo de actividades realizan las OMAPED?

Cuadro 18

Actividades de las OMAPED: rehabilitación, capacitación y promoción, 2012

Actividades de las OMAPEDs	Número	%
Rehabilitación	23	56
Capacitación	32	78
Promoción	34	83
No realiza actividades	1	2.4
No responde	2	4.9

Fuente. Elaboración propia en base a encuesta realizada para la presente investigación.

En el cuadro anterior, se observa que 23 oficinas brindan el servicio de rehabilitación, 32 oficinas brindan capacitación y 34 oficinas plantean promociones. Asimismo, se contempla que una oficina no realiza actividades y dos no respondieron. Primero, de estos resultados, se puede inferir que la capacitación a las personas con discapacidad ocupa un lugar importante para las OMAPED. Sin embargo, no queda claro con respecto a la rehabilitación, es decir, a qué tipo de ella se refiere, ya que la rehabilitación física y funcional es brindada en los hospitales generales del MINSA, ESSALUD o los hospitales de las Fuerzas Armadas o Policiales. Segundo, con respecto a la rehabilitación profesional, esta es brindada por centros especializados que, generalmente, pertenecen al sector privado. Por último, con respecto a la promoción, esta tampoco es especificada.

g) Apoyo a las familias de la persona con discapacidad

En cuanto a este rubro, se revelan los siguientes datos:

Cuadro 19

Apoyo de las OMAPED a la familia de las personas con discapacidad, 2012

Apoyo a la familia PCD	Número	%
Sí apoya	36	87.8
No apoya	3	7.3
No responde	2	4.9
Total	41	100

Fuente. Elaboración propia en base a encuesta realizada para la presente investigación.

El cuadro anterior evidencia que 36 oficinas respondieron que sí se brinda apoyo a la familia, 3 oficinas no brindan apoyo y 2 oficinas no contestaron. Pero ¿en qué consiste el tipo de apoyo que brindan las OMAPED? Los resultados se plantean en el siguiente cuadro:

Cuadro 20

Tipo de apoyo de las OMAPED a la familia de las personas con discapacidad, 2012

Tipo de apoyo a la familia PCD	Número	%
Asistencia psicológica	28	68.3
Capacitación talleres	12	29.3
Orientación legal	3	7.3
Atención en salud	5	12.2
Orientación derechos PCD	4	9.8
Asistencia social (ayuda biomecánica, trámites, apoyo alimentario)	3	7.3
Recreación (paseos, cine, celebraciones varias)	4	9.8
Bolsa laboral (ferias)	2	4.9

Fuente. Elaboración propia en base a encuesta realizada para la presente investigación.

El cuadro anterior evidencia que la ayuda psicológica es brindada por 28 oficinas; los servicios de capacitación y salud están disponibles en 12 y 5 oficinas, respectivamente; la orientación de derechos PCD y la asesoría legal se otorgan en 4 y 3 oficinas, respectivamente; mientras que la asistencia social y la bolsa laboral se brindan solamente en 3 y 2 oficinas, respectivamente. Sin embargo, el Artículo 84 numeral 2.1 de la Ley 27972 (Ley Orgánica de las Municipalidades) dispone lo siguiente: “Planificar y concertar el desarrollo social en su circunscripción en armonía con las políticas y planes regionales y provinciales, aplicando estrategias participativas que permitan el desarrollo de capacidades para superar la pobreza”. Así, se tiene que solamente 12 oficinas cumplían con esta obligación, por lo que 29 oficinas aún quedan pendientes para hacerlo.

Asimismo, tampoco se cumplía con lo dispuesto en el Artículo 84 numeral 2.3 de la Ley 27972 que señala lo siguiente: “organizar, administrar

y ejecutar los programas locales de lucha contra la pobreza y de desarrollo social del Estado, propios y transferidos, asegurando la calidad y focalización de los servicios, la igualdad de oportunidades y el fortalecimiento de la economía regional y local”. Si se considera el principio de la Igualdad de Oportunidades que se alude en esta disposición, se entiende que los referidos programas debieran incluir a todos los vecinos de la localidad, donde también tienen que estar considerados las Personas con Discapacidad y sus familiares. Sin embargo, solamente 2 oficinas cuentan por lo menos con una bolsa laboral que promueve el trabajo de las PCD, mediante ferias que se organizan en su jurisdicción, existiendo 39 OMAPED, que no consideran a la población con discapacidad en sus programas de desarrollo económico y promoción laboral. Por lo tanto, tampoco están incluidos en los programas focalizados de lucha contra la pobreza.

Sin embargo, eso no es todo porque en el Artículo 84 numeral 2.4 de la Ley 27972 se dispone: “organizar, administrar y ejecutar los programas locales de asistencia, protección y apoyo a la población en riesgo, de niños, adolescentes, mujeres, adultos mayores, personas con discapacidad y otros grupos de la población en situación de discriminación”. En concordancia con esta disposición se encuentra el cuadro N° 20, en el cual solamente 3 oficinas declaran brindar apoyo de asistencia social, que consiste en ayudas biomecánicas y apoyo alimentario. Se concluye que 38 gobiernos locales discriminan a las personas con discapacidad de esos servicios y programas si se considera que de conformidad con el numeral 2.11 las municipalidades distritales están encargadas de “ejecutar el Programa del Vaso de Leche y otros programas de apoyo alimentario con participación de la población y en concordancia con la legislación sobre la materia”.

En conclusión, a la luz de esta disposición, se puede constatar que estos programas discriminan flagrantemente a las personas con discapacidad y sus familiares. No obstante, existe una situación más todavía porque en el artículo 84 numeral 3.2 de la Ley 27972 se contempla:

“promover, organizar y sostener, de acuerdo a sus posibilidades, cunas y guarderías infantiles, establecimientos de protección a los niños y a personas con impedimentos y ancianos desvalidos, así como casas de refugio”. A diferencia de las municipalidades del interior del país, los gobiernos locales de Lima Metropolitana sí cuentan con recursos para trabajar programas de protección social. A pesar de ello, ninguna oficina encuestada declaró tener un programa semejante para personas con discapacidad.

4.1.4. Pertenencia de las OMAPED a Redes y Mesas de Trabajo

a) Trabajo en Redes

Es un mecanismo de coordinación que se establece entre las OMAPED. Para ello, en el mes de agosto del 2006, se creó la Coordinadora de OMAPED constituida por cinco redes: Lima Norte, Lima Sur, Lima Este, Lima Oeste y la Red del Callao. Esta Coordinadora y este trabajo en red tienen por finalidad promover los derechos de las personas con discapacidad y fortalecer la institucionalidad de las OMAPED. En el mes de agosto del 2011, la Coordinadora extiende su cobertura a nivel nacional con la misión de “mejorar la calidad de vida de los usuarios, promover el respeto de sus derechos y generar buenas prácticas municipales”. Asimismo, define su visión como el ente articulador que junto a sus redes y otros aliados estratégicos promueve políticas y programas accesibles para lograr la inclusión social de las personas con discapacidad.

Cuadro 21

Pertenencia de las OMAPED a Redes de Trabajo, 2012

Pertenencia a redes de trabajo	Número	%
Sí trabaja en red	39	95.12
No trabaja en red	1	2.44
No responde	1	2.44
Total	41	100

Fuente. Elaboración propia en base a encuesta realizada para la presente investigación.

b) Organizaciones comprometidas en las Redes de Trabajo

Cuadro 22

Redes de Trabajo de las OMAPED según tipo de organización, 2012

Tipo de organización con la que trabaja en red	Número	%
CONADIS	12	29.3
Hospital, Centro de Salud, INR, postas	28	68.3
Ministerio de Trabajo	6	14.6
Ministerio de Educación	1	2.4
Congreso de la República	2	4.9
Reniec	2	4.9
Defensoría del Pueblo	7	17.1
Otras OMAPEDs	8	19.5
Instituciones educativas	22	53.7
Policía Nacional	2	4.9
ONGs	18	43.9
Organizaciones religiosas	5	12.2
Empresa y asociaciones privadas	12	29.3
Organizaciones PCD	6	14.6
Org. de familiares de PCD	1	2.4
Organizaciones de mujeres	1	2.4
Mesa de Concertación de Lucha Contra la Pobreza	1	2.4

Fuente. Elaboración propia en base a encuesta realizada para la presente investigación

Considerando el número de OMAPED y las entidades públicas que brindan servicios para personas con discapacidad, se tiene que 28 oficinas trabajan con hospitales o centros de salud, 22 con centros educativos, 12 con el CONADIS, 8 con otras OMAPED, 7 con la Defensoría del Pueblo y 6

con el Ministerio de Trabajo. En cuanto a las OMAPED que trabajan con el sector privado o la sociedad civil, se tiene que 18 trabajan con ONG, 12 con la empresa y asociaciones privadas, 6 con asociaciones de PCD, 5 con organizaciones religiosas y solamente una OMAPED con la Mesa de Lucha Contra la Pobreza.

De estos resultados, genera interés que solamente 6 oficinas coordinen con el Ministerio de Trabajo, sector que cuenta con un conjunto de programas laborales sobre promoción, capacitación y colocación laboral a través de su bolsa de empleo y que, al mismo tiempo, tan solo 12 oficinas coordinen con la empresa privada. Esta situación evidencia que sus responsables no son conscientes de la magnitud del problema, ya que no puede haber una verdadera inclusión social si no se propicia políticas y programas destinados a facilitar el acceso a un empleo digno a favor de la persona con discapacidad.

Por otra parte, también es muy preocupante constatar que solamente seis oficinas coordinen con asociaciones de personas con discapacidad, pues desconocen lo dispuesto en los tratados internacionales sobre esta materia, como la Convención Interamericana que elimina todas las formas de discriminación contra la persona con discapacidad y la Convención de las Naciones Unidas sobre la Protección de los Derechos y Dignidad de la Persona con Discapacidad que establece la obligación del Estado de consultar previamente con las asociaciones de las personas con discapacidad todos los asuntos relacionados con su problemática. Además, resulta insólito que solamente una OMAPED participe en la Mesa de Lucha Contra la Pobreza, cuando la encuesta especializada sobre discapacidad ENEDIS-2012 revela que el 76% no forma parte de la Población Económicamente Activa (PEA) y que el 12% que está en condiciones de trabajar se encuentra en situación de desempleados.

c) Participación de las OMAPED en Mesas de Trabajo

Al respecto, se revela lo siguiente:

Cuadro 23

Pertenencia de las OMAPED a Mesas de Trabajo, 2012

Pertenencia a redes de trabajo	Número	%
Sí pertenece	30	73.1
No pertenece	7	17.1
No responde	4	9.8
Total	41	100

Fuente. Elaboración propia en base a encuesta realizada para la presente investigación

Cuadro 24

Mesas de Trabajo a las que pertenecen las OMAPED, 2012

Mesa de Trabajo	Número	%
MCLCP	3	7.3
CONADIS	3	7.3
FUNDADES	21	51.2
Mesa distrital sobre PCD	4	9.8
Mesa sobre mujer	1	2.4
Comité Multisectorial distrital	2	4.9
Mesa combate mendicidad	1	2.4

Fuente. Elaboración propia en base a encuesta realizada para la presente investigación

De las 30 oficinas que laboran con mesas de trabajo, se tiene que FUNDADES trabaja con 21 oficinas; 4 OMAPED han constituido la mesa distrital sobre discapacidad; 3 pertenecen a la Mesa de Lucha Contra la Pobreza; 3 forman parte de la mesa de trabajo del CONADIS; 2 trabajan en el comité multisectorial distrital; y las dos últimas pertenecen a la mesa de lucha contra la mendicidad y a la mesa sobre la mujer, respectivamente.

En conclusión, de 43 oficinas que pertenecen a la Coordinadora de Redes, 30 declaran integrar alguna mesa de trabajo, de las cuales 21 oficinas responden que trabajan con FUNDADES.

4.1.5. Presencia de las OMAPED en las páginas web y membresías

a) Las OMAPED en el portal web municipal

Uno de los medios más importantes para la promoción de servicios y programas está relacionado con el uso de los portales de internet. Por esta razón, se consideró aplicar una pregunta que expuso los siguientes resultados:

Cuadro 25

Las OMAPED en el portal web municipal, 2012

Presencia en la WEB	Número	%
Figura en portal web municipal	25	61.0
Figura ocasionalmente cuando realiza alguna actividad o campaña	2	4.9
No figura en página web municipal	9	22
No responde	5	12.2
Total	41	100

Fuente. Elaboración propia en base a encuesta realizada para la presente investigación

De este resultado, se puede constatar que solamente 25 oficinas respondieron positivamente, que coincidentemente son las que tienen reconocimiento por Ordenanza Municipal, un instrumento que les permite trabajar dentro de los parámetros de la institucionalidad. Este hecho no sucede con las 16 OMAPED restantes.

b) Membresías de las OMAPED

En este tema, sucede exactamente lo mismo que en el cuadro anterior, porque las membresías también se encuentran en concordancia al reconocimiento de las OMAPED mediante Ordenanza Municipal que es la norma de mayor rango conforme se comprueba en el cuadro siguiente:

Cuadro 26

Membresías de las OMAPED, 2012

Membresías	Número	%
Tiene membresías	25	61.0
No tiene membresías	10	24.4
No responde	6	14.6
Total	41	100

Fuente. Elaboración propia en base a encuesta realizada para la presente investigación

4.2. Pruebas de hipótesis**4.2.1. Exposición de hipótesis**

Las políticas públicas sobre discapacidad implementadas por los gobiernos municipales de Lima Metropolitana a través de las OMAPED tienen en su mayoría un bajo nivel de institucionalidad.

Variables:

1. Políticas públicas sobre discapacidad
2. Gobiernos Municipales de Lima Metropolitana
3. OMAPED
4. Institucionalidad y niveles

Basándose en estas variables, se trabajaron indicadores que orientaron las preguntas en la entrevista y, luego, se evaluaron los resultados.

4.2.2. Conjeturas

El eje central del presente estudio de investigación trata de conocer cuál es el nivel de institucionalidad que han alcanzado las OMAPED y, al mismo tiempo, saber en qué medida han logrado la ejecución de políticas

públicas mediante el establecimiento de servicios y programas a favor de los vecinos con discapacidad que residen en sus respectivas jurisdicciones. Por consiguiente, los resultados obtenidos en el nivel de institucionalidad reflejarán sus efectos en la toma de decisiones con respecto a esta materia.

Durante el desarrollo de este estudio, se viene afirmando que a pesar de la vigencia de un conjunto de disposiciones que establecían la obligación de las municipalidades para crear sus respectivas OMAPED, no se ha podido avanzar mucho en esta materia luego de más de 14 años, por lo que existirían más de 1400 oficinas por crearse. Por ello, el presente estudio se ha focalizado en las 43 municipalidades que constituyen Lima Metropolitana. Para ello, en primer lugar, se ha considerado que Lima es la región donde están concentrados los recursos, servicios y demás requerimientos que pueden satisfacer las necesidades de la población. En segundo lugar, Lima es la capital donde se concentran los poderes del Estado y las empresas privadas más importantes. En tercer lugar, la municipalidad más importante del país y los 43 distritos que constituyen la urbe cuentan con los mayores presupuestos en comparación con sus similares en el territorio nacional. Por último, más de la tercera parte de la población del país reside en la capital, factor determinante que indudablemente contribuye en su debida proporción para conocer los niveles de atención que se merecen las personas con discapacidad que también forman parte de la ciudadanía del país.

Por otra parte, los programas sociales de carácter nacional no responden a las necesidades y requerimientos de la persona con discapacidad. Al mismo tiempo, las municipalidades tampoco vienen cumpliendo con la implementación y ejecución de sus programas establecidos en su norma orgánica. Finalmente, en torno a la institucionalidad de las políticas públicas, se planteó el pacto político denominado Acuerdo Nacional, en el cual se definen 32 políticas públicas que deben implementarse a mediano y largo plazo, más allá de los gobiernos de turno.

A pesar de todas estas consideraciones, durante la revisión de los cuadros presentados en la muestra sobre la institucionalidad de las OMAPED, se evidencia cuán lejos se encuentran los gobiernos de lograr por lo menos un pequeño paliativo en torno a los servicios destinados a la atención de los derechos de la población con discapacidad. Por ejemplo, una muestra que grafica con claridad esta realidad lo constituye el siguiente análisis sobre materia de políticas públicas que se realiza en base al Acuerdo Nacional:

4.2.2.1. Políticas públicas sociales del Acuerdo Nacional

El día 22 de julio del año 2002, por iniciativa del expresidente Alejandro Toledo, se suscribió el Pacto Social denominado Acuerdo Nacional, en el cual se aprobaron 31 políticas de Estado destinadas a promover el desarrollo sostenible, garantizar la gobernabilidad y atender a los sectores vulnerables. Así, se llegaba a concretar un nuevo espacio de concertación pública donde participaron los partidos políticos y las organizaciones de la sociedad civil más representativas del país, para tomar acuerdos en torno a un conjunto de políticas de Estado que deberían ser ejecutadas más allá de los periodos de gobierno de turno. Para efecto de la presente investigación, se podrían destacar la décima política relacionada con la reducción de la pobreza y la décima primera política referida a la promoción de la igualdad de oportunidades sin discriminación.

Debido al proceso de descentralización, el Poder Ejecutivo es quien tiene la rectoría de las políticas públicas y programas nacionales, ya que son los gobiernos regionales y las municipalidades quienes se encargan de su implementación y ejecución. No obstante, esas funciones no les impiden que, en el marco de su autonomía y de sus respectivas leyes orgánicas, puedan también formular e implementar políticas y programas regionales y

locales en conformidad con las necesidades y demandas de sus poblaciones.

Por lo expuesto, las municipalidades de Lima Metropolitana tenían la obligación de desarrollar políticas y programas sociales para personas con discapacidad en el marco de las políticas sociales aprobadas por el Acuerdo Nacional. Así, se tiene que en la décima política pública de este Pacto social³⁴ se preveía lo siguiente:

Dar prioridad efectiva a la lucha contra la pobreza y la reducción de la desigualdad social, a través de la aplicación de políticas integrales y el desarrollo de diversos mecanismos orientados a garantizar la igualdad de oportunidades económicas, sociales y políticas a las personas y grupos poblacionales afectados por la pobreza, la discriminación por género, étnica, racial, generacional, religiosa o por razón de discapacidad; y se dará asistencia a los grupos en extrema pobreza, excluidos y vulnerables.

En este sentido, los Gobiernos Locales de Lima Metropolitana, en concordancia con esta política de Estado, tienen la obligación de implementar programas sociales inclusivos destinados a la atención de los sectores vulnerables, cuyos ejes principales deben considerar la reducción de la pobreza y la eliminación progresiva de las diversas formas de discriminación contra las personas con discapacidad.

Por otra parte, las estrategias para lograr la reducción de la pobreza y promover la inclusión social están vinculadas al fomento de desarrollo de capacidades y al fortalecimiento de los emprendimientos como mecanismo para la generación de nuevos puestos de trabajo.

³⁴ Acuerdo Nacional. <http://acuerdonacional.pe/>

Aunque es cierto que solamente el 65% de las municipalidades lograron la institucionalidad de sus OMAPEd, también es cierto que este esfuerzo ha sido insuficiente para conseguir la materialización de políticas y programas destinados a la reducción de la pobreza de las personas con discapacidad, ya que los gobiernos locales tenían la obligación de transversalizar sus políticas y programas sociales hacia las personas con discapacidad de su jurisdicción, pero tal como se evidencia en la revisión de los indicadores no se llegaron a realizar. Al mismo tiempo, también se puede constatar que el 35% de estas oficinas desarrollan sus actividades dentro de un ambiente de informalidad, factor que trae consigo que el personal a cargo de esas gestiones se tropiece con grandes y serias limitaciones para desarrollar su cometido. Esto se puede demostrar con la revisión del cuadro N° 20 del cuestionario, donde se revela que solamente dos oficinas tenían en sus actividades la promoción del empleo de las personas con discapacidad, 5 oficinas apoyaban con servicios de salud, 3 oficinas promovían el apoyo alimentario, 3 oficinas incluían el tema de la discapacidad en las Mesas de Lucha Contra la Pobreza y solamente una oficina participaba en la Mesa Contra la Mendicidad.

Por consiguiente, estos resultados evidencian que para conseguir la formulación de políticas públicas y la ejecución de programas para las personas con discapacidad, las municipalidades de Lima Metropolitana se encuentran muy lejos todavía de lograrlo.

La décima primera política³⁵ establece lo siguiente:

Dar prioridad efectiva a la promoción de la igualdad de oportunidades, reconociendo que en nuestro país existen diversas expresiones de la inequidad social y de la discriminación cuya reducción y posterior erradicación requieren de una intervención sistemática del Estado y

³⁵ Acuerdo Nacional. <http://acuerdonacional.pe/>

de la Sociedad. Se propenderá a la eliminación de la discriminación por género, etnia, raza, por razón de la edad o por discapacidad, a través de la aplicación de políticas y el desarrollo de diversos mecanismos orientados a garantizar la igualdad de oportunidades económicas, sociales y políticas para toda la población.

Uno de los principales mecanismos que tienen las personas con discapacidad para el empoderamiento de sus derechos está relacionado con su participación efectiva en los espacios de concertación. Por ello, es necesario promover el desarrollo asociativo y fortalecimiento institucional de sus organizaciones. Al mismo tiempo, resulta necesario que estos espacios de concertación les brinden la oportunidad de hacerlo. Sin embargo, solamente tres oficinas declaraban que participan en la Mesa de Lucha Contra la Pobreza y una Mesa Contra la Mendicidad. Ninguna oficina declaró promover la participación de los representantes de las personas con discapacidad en los Consejos de Coordinación Local (CCL), así como en los procesos de la programación de presupuestos participativos, ámbitos desde donde se podrían generar nuevas oportunidades de desarrollo en las mismas condiciones que los demás. Esta situación demuestra que las municipalidades de Lima se encuentran bastante lejos de fomentar la igualdad de oportunidades para sus vecinos con discapacidad.

Una mención especial merece la Municipalidad de Lima porque representa a más de 6 millones de personas y cuenta con un presupuesto de más de mil millones de soles, por lo que en el año 2012 entregó 190 millones de soles para compensar las pérdidas de la empresa concesionaria del Metropolitano de Lima. Sin embargo, no ha podido invertir en programas sociales a favor de la población con discapacidad que reside en su jurisdicción.

4.3. Presentación de resultados por nivel de institucionalidad

Los siguientes cuadros presentan el nivel de institucionalidad alcanzados por las OMAPED de Lima Metropolitana, los cuales, según los indicadores positivos que hayan conseguido, se clasifican en tres grupos:

Nivel Bajo	:	de 1 a 5 indicadores positivos
Nivel Medio	:	de 6 a 10 indicadores positivos
Nivel Alto	:	de 11 a 13 indicadores positivos

El siguiente cuadro revela el número de municipalidades que se agrupan en los tres niveles:

Cuadro 27

Nivel de institucionalidad de las OMAPED, 2012

Nivel de institucionalidad	Número	%
NIVEL ALTO: 11 a 13 indicadores positivos	1	2.4
NIVEL MEDIO: 6 a 10 indicadores positivos	32	78.1
NIVEL BAJO: 5 a menos indicadores positivos	8	19.5
Total	41	100

Fuente. Elaboración propia en base a encuesta realizada para la presente investigación

El hecho de que solamente una municipalidad se encuentre en el nivel alto de institucionalidad manifiesta la existencia de una gran debilidad institucional que tienen las municipalidades y lo mucho que deben trabajar todavía para revertir esa situación. En siguientes cuadros, pueden observarse en mayor detalle los niveles de institucionalidad según distritos y regiones.

Cuadro 28

Nivel de institucionalidad de las OMAPED, por distritos agrupados por regiones, 2012

DISTRITO	N° DE INDICADORES POSITIVOS	NIVEL
NORTE		
1. Ancón	5	Bajo
2. Pte. Piedra	8	Medio
3. Sta. Rosa	5	Bajo
4. Carabayllo	10	Medio
5. Comas	8	Medio
6. Los Olivos	9	Medio
7. Independencia	10	Medio
8. San Martín de Porres	9	Medio
ESTE		
9. S. J. de Lurigancho	7	Medio
10. Sta. Anita	8	Medio
11. Cieneguilla	4	Bajo
12. Ate Vitarte	7	Medio
13. La Molina	9	Medio
14. Chaclacayo	2	Bajo
15. Lurigancho-Chosica	6	Medio
16. El Agustino.	10	Medio
SUR		
17. S. J. de Miraflores	7	Medio
18. V.M. de Triunfo	6	Medio
19. Villa el Salvador	5	Bajo
20. Lurín	10	Medio
21. Pachacamac	8	Medio
CENTRAL		
22. Cercado	10	Medio
23. San Luis	10	Medio
24. Breña	8	Medio
25. La Victoria	6	Medio
26. Rimac	6	Medio
27. Lince	8	Medio
28. San Miguel	9	Medio
29. Jesús María	10	Medio
30. Magdalena del Mar	10	Medio
31. Pueblo Libre	6	Medio
CENTRAL SUR		
32. Barranco	6	Medio
33. Miraflores	8	Medio
34. Surco	12	Alto
35. San Borja	8	Medio
36. Surquillo	9	Medio
37. San Isidro	10	Medio

BALNEARIOS DEL SUR		
38. Pta. Hermosa	6	Medio
39. Pucusana	5	Bajo
40. Pta. Negra	4	Bajo
41. Sta. María del Mar	2	Bajo
	41	

Fuente. Elaboración propia en base a encuesta realizada para la presente investigación

Cuadro 29

Nivel de institucionalidad de las OMAPED por distritos y por nivel, 2012

DISTRITO	N° DE INDICADORES POSITIVOS	NIVEL
14. Chaclacayo	2	Bajo
41. Sta. María del Mar	2	Bajo
11. Cieneguilla	4	Bajo
40. Pta. Negra	4	Bajo
1. Ancón	5	Bajo
3. Sta. Rosa	5	Bajo
19. Villa el Salvador	5	Bajo
39. Pucusana	5	Bajo
15. Lurigancho-Chosica	6	Medio
18. V.M. de Triunfo	6	Medio
25. La Victoria	6	Medio
26. Rimac	6	Medio
31. Pueblo Libre	6	Medio
32. Barranco	6	Medio
38. Pta. Hermosa	6	Medio
9. S. J. de Lurigancho	7	Medio
12. Ate Vitarte	7	Medio
17. S. J. de Miraflores	7	Medio
2. Pte. Piedra	8	Medio
5. Comas	8	Medio
10. Sta. Anita	8	Medio
21. Pachacamac	8	Medio
24. Breña	8	Medio
27. Lince	8	Medio
33. Miraflores	8	Medio
35. San Borja	8	Medio
6. Los Olivos	9	Medio
8. San Martín de Porres	9	Medio
13. La Molina	9	Medio
28. San Miguel	9	Medio

36. Surquillo	9	Medio
4. Carabayllo	10	Medio
7. Independencia	10	Medio
16. El Agustino.	10	Medio
20. Lurín	10	Medio
22. Cercado	10	Medio
23. San Luis	10	Medio
29. Jesús María	10	Medio
30. Magdalena del Mar	10	Medio
37. San Isidro	10	Medio
34. Surco	12	Alto

Fuente. Elaboración propia en base a encuesta realizada para la presente investigación

Cuadro 30

Nivel de institucionalidad de las OMAPED según regiones, 2012

REGIÓN	Nivel Bajo	Nivel Medio	Nivel Alto	Total de distritos
NORTE	2	6	-	8
ESTE	2	6	-	8
SUR	1	4	-	5
CENTRAL	-	10	-	10
CENTRAL SUR	-	5	1	6
BALNEAREOS DEL SUR	3	1	-	4

Fuente. Elaboración propia en base a encuesta realizada para la presente investigación

CONCLUSIONES

1. Las OMAPED fueron diseñadas con la finalidad de propiciar la atención de los derechos de las personas con discapacidad de manera integral y descentralizada. Sin embargo, luego de observar y analizar los resultados obtenidos en el presente estudio de investigación, se puede comprobar que las municipalidades de Lima Metropolitana no han podido alcanzar el grado de institucionalidad esperado que posibilite la realización de su cometido.
2. Después de un periodo de casi 14 años de vigencia de la normativa que dio origen a la creación de las OMAPED, sus resultados ponen en evidencia que ese marco legal no pudo conseguir que los alcaldes se interesen en la atención de los derechos de la persona con discapacidad. Por consiguiente, tampoco cumplieron con la formulación de políticas públicas y programas sociales para atender las necesidades de este colectivo social.
3. El presente estudio demuestra que las personas encargadas de gestionar las cuestiones relativas a la discapacidad desde las OMAPED no están debidamente capacitadas en el conocimiento de esta materia. En consecuencia, no se encuentran en condiciones de realizar esas funciones, lo que les impide desarrollar adecuadamente la realización de sus actividades.
4. La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de la Persona con Discapacidad fomenta en el Estado la necesidad de

adecuar la legislación nacional a los parámetros establecidos por este Tratado de Derechos Humanos. Por ello, se formuló la Ley 29973 (Ley General de la Persona con Discapacidad) que constituye el marco legal que cambia el enfoque de la discapacidad, pasando del modelo clínico al modelo social que reconoce a la persona como sujeto de derechos.

5. Ante esta nueva perspectiva, se abre un escenario con mejores condiciones para el tratamiento de esta problemática y posibilita mayores oportunidades de participación para las personas con discapacidad. Sin embargo, es conveniente considerar que no es suficiente trabajar solo con el marco legal para cambiar realidades tal como se puede pensar, mucho más cuando se vive el desarrollo de una política económica que prioriza la renta y la defensa de los grandes intereses de los grupos de poder por encima de la atención de las necesidades básicas de las personas.
6. La carencia de programas y servicios que deberían atender las necesidades de los vecinos con discapacidad evidencia que los recursos destinados anualmente en los presupuestos institucionales de cada municipalidad no vienen dando los resultados esperados. De esta manera, las OMAPED solamente sirven como fuente de trabajo para personas que, por sus resultados, se encuentran bastante lejos de la problemática sobre discapacidad.
7. Asimismo, a causa de sus debilidades organizativas y la falta de participación en los espacios de concertación que son promovidos por las municipalidades, se demuestra que las personas con discapacidad se ubican al margen de estos procesos. Esto significa que los representantes de las personas con discapacidad tienen mucho que trabajar todavía en el fortalecimiento de sus organizaciones y en la

capacitación de sus afiliados en la toma de conciencia y el empoderamiento de sus derechos. Si no se realizan estas acciones, no estarán en condiciones de presionar a las autoridades para demandar la implementación de políticas públicas encaminadas a mejorar la calidad de vida que genere mayores oportunidades de participación para sus representados.

RECOMENDACIONES

1. En conformidad con lo dispuesto en el Artículo 6 de la Ley 29973, el Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS) en coordinación con la Autoridad de Servicio Civil (SERVIR) deberían dictar las normas correspondientes para iniciar todo un proceso de capacitaciones a los funcionarios y servidores de los Gobiernos Locales, en los temas relativos a los derechos de las personas con discapacidad, gestión de recursos, formulación de políticas e implementación de programas.
2. Es conveniente que cada municipalidad de Lima Metropolitana conozca cuál es la población de los vecinos con discapacidad y sus familiares que residen en cada una de sus jurisdicciones. Para ello, deberán coordinar con el Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS) y el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) la organización de un censo distrital de personas con discapacidad y constituir una Línea de Base que sirva para la asignación de presupuestos, la formulación de políticas, la implementación de programas, los servicios y las actividades en beneficio de esta población.
3. El personal que se encuentre a cargo de las OMAPED deberá acreditar conocimiento y experiencia en estos temas. De no ser así, tendrían que recibir las capacitaciones correspondientes. Con esta medida, se evitará las improvisaciones existentes que se presentan con mucha frecuencia y que son motivadas muchas veces por los compromisos

que adquieren los alcaldes durante sus campañas electorales a través del ofrecimiento de puestos de trabajo.

4. Se debe promover la organización de las personas con discapacidad y su participación en los espacios de concertación y coordinación existente en sus jurisdicciones. Al mismo tiempo, se debe incentivar el compromiso de sus representantes para la realización de un trabajo en conjunto y concertado. Esta estrategia, sin duda, servirá para facilitar la implementación de los mecanismos para la obligación que tienen las entidades del Estado en la realización de la consulta a las organizaciones de personas con discapacidad antes de la adopción de medidas legislativas, administrativas, formulación de políticas, programas o planes en materia de discapacidad.
5. Los gobiernos locales deberán invertir en la implementación de programas que prioricen el desarrollo de capacidades y la cultura de los emprendimientos como alternativa para la creación de nuevos puestos de trabajo. Esta política traerá como resultado la conversión de las personas con discapacidad en agentes económicos que contribuyen, por una parte, con el desarrollo nacional y, por otro lado, con el sostenimiento de sus familias. De esta manera, no constituirían una carga social para las familias, la sociedad y el Estado.

BIBLIOGRAFÍA

Banco Mundial. (2004). Alianza para un desarrollo inclusivo.

Constitución Política de Perú [Const.]. (12 de julio de 1979). [Derogada]

Constitución Política de Perú [Const.]. (30 de diciembre de 1993).

Congreso de Perú. (7 de abril de 1981). *Ley General de la Persona con Discapacidad*. [Ley 23241].

Congreso de Perú. (10 de diciembre de 1987). *Ley sobre Régimen Empresarial de los Impedidos*. [Ley 24759].

Congreso de Perú. (31 de diciembre de 1998). *Ley General de la Persona con Discapacidad*. [Ley 27050].

Congreso de Perú. (27 de mayo de 2003). *Ley Orgánica de las Municipalidades*. [Ley 27972].

Congreso de Perú. (8 de diciembre de 2004). *Ley del Presupuesto Público para el Año Fiscal 2010*. [Ley 29465].

Congreso de Perú. (9 de diciembre de 2011). *Ley del Presupuesto Público para el Año Fiscal 2012*. [Ley 29812].

Congreso de Perú. (24 de diciembre de 2012). *Nueva Ley General de la Persona con Discapacidad*. [Ley 29973].

Congreso de Perú. (9 de diciembre de 2011). *Ley del Presupuesto Público para el Año Fiscal 2012*. [Ley 29812].

El coste de la discapacidad puede alcanzar el 77.2% de la renta del hogar. (2012) *Sinc / La ciencia es noticia*. Recuperado de <http://www.agenciasinc.es/Noticias/El-coste-de-la-discapacidad-puede-alcanzar-el-77-2-de-la-renta-del-hogar>

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta de Demografía y la Salud. 2012.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Especializada sobre Discapacidad (ENEDIS-2012).

ANEXO

Cuestionario de entrevista para directores, jefes o encargados de las OMAPED

Distrito.....

Nombre..... Cargo.....

1. ¿Cuenta la OMAPED de su municipio con la correspondiente ordenanza de creación?

Sí. Indique su número y fecha

No. ¿Por qué?

2. ¿Dónde realiza sus actividades? ¿Tienen algún local específico para la OMAPED?

Sí. Indique sus características

No. ¿Por qué?

3. ¿Con qué tipo de equipamiento cuenta (escritorios, computadoras, conexión a internet)?

.....

4. ¿Con cuánto personal cuenta? N°

Grado de calificación profesional

.....

Dentro del personal, ¿cuentan con alguna persona con discapacidad?

Sí. Indique cuántos y qué tipo de discapacidad tienen

.....

No

5. ¿Cómo figura la OMAPED en el organigrama municipal?

.....

6. ¿La OMAPED está contemplada en el Reglamento de Organización y Funciones del municipio?

Sí / No

7. ¿Con qué presupuesto cuentan?
 Del municipio
 Donaciones del sector privado
 Ayuda de la cooperación internacional
 (Indique si es efectivo, en equipamiento, becas de capacitación, otros.)
8. ¿Cuenta la OMAPED con un registro de beneficiarios?
 Sí. Indique desde cuándo y cuántos beneficiarios están registrados...

 No. ¿Por qué?
9. ¿Sus beneficiarios cuentan con DID?
10. ¿Podría describirme el programa o plan de trabajo con el que cuentan?

11. ¿Qué actividades realizan en el área de rehabilitación?

12. ¿Qué actividades realizan en el área de capacitación?

13. ¿Qué actividades realizan en el área de promoción (laboral, inclusión social, etc.)?

14. ¿Qué tipo de apoyo brindan a la familia de la persona con discapacidad? (capacitación, asistencia psicológica, conferencias, charlas, talleres, etc.)

15. ¿Con qué instituciones dentro y fuera del distrito trabajan (colegios, empresas, asociaciones, centros de salud, etc.)? ¿Qué actividades realizan? Indique las más importantes y regulares

16. ¿Pertenece a alguna mesa de trabajo?
 Sí, ¿cuál?
 No

17. ¿Los programas o actividades de la OMAPED figuran en el portal web del municipio?.....
18. ¿La OMAPED es miembro o es integrante de alguna institución o red nacional o internacional sobre discapacidad o temas afines?
.....

Datos de la OMAPED:

Dirección

Teléfono

Correo electrónico

Página web

Blog / Facebook